

# الأمراض النفسية

والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الدكتور

أحمد محمد الزعبي

قسم علم النفس - كلية الآداب

اليمن / السعودية



*mohamed khatab*

# **الأمراض النفسية**

**والملاذات السلوكية والهراسية عند الأطفال**



# الأمراض النفسية

## والممتلكات السلوكية والهراسية عند الأطفال

الدكتور  
أحمد محمد الزعبي

أستاذ الإرشاد النفسي المشارك

مكتبة في علم النفس - جامعة الأزهر/مصر

الطبعة الأولى  
1434 هـ - 2013 م

المملكة الأردنية الهاشمية  
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية  
2013 م

الأزعي، أحمد محمد  
الأمراض التنفسية والمشكلات السلوية والدراسية عند الأطفال / أحمد  
محمد الأزعي. - صان: دار زهران للنشر والتوزيع، 2013.

( ) من.

ر.أ. :

الوصف: 300 صفحة / علم نفس / المثلثات / أمراض نفسية

✦ استمدت دار النشر الفوائد من المصادر العلمية والمصادر الأولية  
✦ تم التأكد من صحة المعلومات الواردة في الكتاب  
✦ تم التأكد من صحة المعلومات الواردة في الكتاب

Copyright ©  
All Rights Reserved

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو تخزين مادته بطريقة الاسترجاع أو نقله على  
أي وجه أو بأي طريقة إلكترونية، ميكانيكية أو بالتصوير أو بالتسجيل  
وبخلاف ذلك، إلا بموافقة الناشر على هذا الكتاب مقدماً.

للمتخصصين في الكليات الجامعية الأكاديمية العربية والأجنبية

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفون : 5331289 - 6 - 962+، ص.ب 1170 عمان 11941 الأردن

E-mail : Zahran.publishers@gmail.com

www.darzahran.net

## إهداء

إلى أبنائي :

بسام ومحمد أمين وسامي وأسامة ورونا .

الذين شاركوني أصعب لحظات حياتي وحملوا الكثير من أجلي لتحقيق كل ما أصبو إليه .

وقلهم الله إلى ما فيه الخير ، وجعل أيمانهم زائفة بالسعادة والعطاء الوفير .





# بسم الله الرحمن الرحيم

## مقدمة

يهدف هذا الكتاب للوجه إلى الطلاب المتخصصين والباحثين والأطباء والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والآباء والمربين ، إلى تزويدهم بمعلومات دقيقة وعلمية واضحة بعيدة عن الإسهاب والتعقيد عن أهم الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية التي يُعاني منها الأطفال في طفولتهم المبكرة أو المتوسطة أو المتأخرة .

فإن الحاجة إلى معرفة هذه الأمراض والمشكلات أصبحت ضرورية وهامة أكثر من أي وقت مضى . فالأطفال هم جيل المستقبل ، وأمل للجمع المتناظر . ففي هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) من العمر ترسم أهم ملامح شخصية الإنسان المستقبلية . ولهذا فإن ما يتعرض له الطفل من أمراض أو مشكلات نفسية في خلال هذه المرحلة تترك انطباعاتها على شخصيته في المستقبل . فالكثير من المعالجين والمرشدين النفسيين والأطباء والآباء والمربين يجتازون في لغز الطفولة ومشكلاتها وأمراضها النفسية وكيفية التعامل معها ، والتي كثيراً ما تكون تجسداً لاضطرابات أو مشكلات تعاني منها الأسرة ، وانعكست أمراضها على الأطفال على شكل أمراض أو مشكلات نفسية أو دراسية .

ولذلك فإن هذا الكتاب سيكون عوناً كبيراً في الإجابة عن الكثير من التساؤلات التي تدور في أذهان المعنيين بأسر الطفولة ، حيث تعرض إلى الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية في ثمانية فصول أساسية موضحاً في كل مشكلة أو مرض نفسي المظاهر والأسباب وطرق الوقاية والعلاج من هذه الأمراض

والمشكلات .

ومن أجل تحقيق الهدف الذي وُضع من أجله هذا الكتاب ، حاولنا تجميعه نتائج أهم الدراسات والأبحاث التي أجريت في بلدان عربية وأجنبية بالإضافة إلى خبرتنا الميدانية الطويلة في هذا المجال .

ولمّا فإنّ لملي كبير في أن أكون قد أعطيت موضوعات هذا الكتاب حظها من المناقشة والمعالجة ليتمكن القارئ من الاستفادة المباشرة من محتوياته ، وتكون عوناً له في مساعدة الأطفال سواء داخل الأسرة أو في المدرسة أو غير ذلك من مجالات .

والكتاب الذي بين أيدينا سيكون مرجعاً في المكتبة العربية ، حيث أن ما كُتب ونُشر في مجال الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال قليل حتى الآن .

والله ولي التوفيق .

المؤلف

الدكتور أحمد محمد الزعبي

## الفصل الأول :

### الأمراض النفسية عند الأطفال

- مفهوم المرض النفسي .
- أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال .
- أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال .



## الفصل الأول

### الأمراض النفسية عند الأطفال

#### مفهوم المرض النفسي Neurosis :

عرّف زهران (١٩٧٨) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه . والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً يضلّي بعض الغرابة على سلوك المريض ، وقد يكون شديداً مما يدفع المريض إلى الانتحار أحياناً . وتباين أعراض الأمراض النفسية تبايناً كبيراً ، منها ما يمثل في عادات قهريّة ، ومنها ما يصل إلى حد الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال .

ولهذا نرى أن الأمراض النفسية عبارة عن اضطرابات نفسية - وظيفية تظهر على شكل أعراض نفسية وجسمية عديدة فتؤثر في توافق الشخص نفسياً واجتماعياً فتعيق إنتاجه وممارسة حياته بشكل طبيعي .

أما فيما يتعلق بعلاج المرض النفسي فيتوقف ذلك على نوعه ومداه وحدته ، فبعض الحالات تُعالج بزيارات متقطعة لأحد الممارسين أو المرشدين النفسيين ، في حين أن البعض الآخر يحتاج إلى البقاء في المستشفى .

وموضوع الأمراض النفسية عند الأطفال يتطلب معرفة العوامل المؤثرة في حياة الطفل والتي منها تفرز مشاكله النفسية من خلال تأثيرها فيه وتأثره بها .

وحريّ بمن يتناول موضوع الأمراض النفسية للأطفال أن يلاحظ ويقدم سلوك الطفل وانفعالاته ومعتقداته وآلامه على أساس فهم موضوعي لحالة الطفل

المريض التي تقوم أساساً على ضوء نموه الطبيعي، ونموه الحركي، وتطوره اللغوي وتنضجه العقلي والانتعالي والاجتماعي . والجدير ذكره أنه من الجهل دراسة حالة الطفل المرضية ، بمعزل عن فهم الوضع الاجتماعي ، وكذلك بمعزل عن الأفكار والقيم والقيم التي يبنّاها الطفل في المجتمع أو تعلمها فيه .

والأمراض النفسية عند الطفل لها سميات عديدة : فهناك الاضطرابات النفسية الوظيفية، وهناك الاضطرابات النفسية ذات المظهر العضوي . وتتميز هذه الأمراض النفسية بحدوثها كاتعكس لرد فعل . فإذا كان الخوف عند الطفل هو المسيطر ، فإن هذا يولد لديه شعوراً بالقلق والاضطراب ويجعله يحس بالخطر وهذا ما يقوده إلى البحث عن الأمان عن طريق أساليب دفاعية ليتخلص من حالة الخوف التي تنتابه . وفي هذه الحالة يمكن القول أن كل حالة انفعالية يكون الغرض منها مواجهة حالة خطر ، ومن كونها رد فعل لفعل وتساعد على السيطرة على حالة الخطر والخوف تُعتبر حالة مقبولة . وهنا تقدم حالة الانفعال الغرض الذي أنت من أجله وتزول حالة الانفعال بعد ذلك . ولكن ليس كل حالة تنتهي على هذا المستوى ، فالذي يحصل أن بعض حالات الانفعال لا تهدأ ولا تحل للمشاكل بهذه الكيفية ، وإنما يحصل لها إحباط بعد مقاومة ، وتتحول الحالة إلى حالة مزمنة ، مما يولد نوعاً من الشعور بالضيق ، وعدم الرضا ، والمظهر الداخلي والشعور بالظلم والهانة والاكنتاب عند الطفل ، وتتحول الحالة من الشعور إلى اللاشعور .

وتشخيص الأمراض النفسية عند الأطفال يكون صعباً بعض الشيء ، إلا في حالة عدم وجود أعراض لأمراض عضوية ، فإن التشخيص يكون أسهل مما لو كانت الحالة يشوبها أي مظهر عضوي . لذا فإن تقييم حالة الطفل الجسدية من الأهمية بمكان في وضع التشخيص المناسب للحالة ، وكذلك فإنه لا بد من وضع تقييم متكامل لحالة الطفل النفسية والاجتماعية ، وكذلك تقييم لشخصية الطفل ومستواه الانفعالي .

كما أن علاج الأمراض النفسية للأطفال ( الاضطرابات النفسية الوظيفية والأمراض النفسية ذات المظهر العضوي ) ليس من السهل ممارسته وتحقيق تقدم يسر وسهولة . فالكثير من الحالات يكون مصدرها وأسبابها متعددة ومتنوعة بالإضافة إلى الوضع الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل .

## أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال :

إن لكل شيء سبباً وإنه لا شيء سبائي من لا شيء . ولابد أن الرئسي في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب .

فالبيئة النفسية ليست من البساطة بحيث تكون رهينة لسبب واحد ، فمن الصعب أن نقول أن الأسباب الوراثية أو الاجتماعية وحدها السبب الوحيد الكامن وراء حدوث المرض النفسي ، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها .

ومن أجل التسهيل يمكن تصنيف أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال إلى ثلاثة أقسام هي :

### ١ - الأسباب الحيوية ( البيولوجية ) :

وهي ما نسميها الأسباب الجسمية أو العضوية المنشأ والتي تطرأ في تاريخ نمو الفرد . فالطفل له مكوناته البيولوجية التي تتركز على المورثات ، والتي تشكل المراكز المحورية لموضوع نقل الصفات الوراثية ، سواء من حيث الشكل أو اللون ، أو النمو في حالي السلامة والمرض ، والتي على أساسها تظهر متطلباتها الاجتماعية والتطور والبقاء .

كما أن للطفل مكوناته الكيميائية والتي لها تفاعلها ضمن سياق النشاط الوظيفي لجسم الطفل ، لذا لا بد من فهم الطفل على أساس أن جسمه له نشاط وظيفي بشكل متكامل وتناسقي وتناغمي ، وأن كل عضو له نشاطه الذاتي الموجه للقيام بمهام معينة لم يقدم بها أي عضو آخر غيره .

وقد تغلب الأسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشراً ويسمى حينئذ الاضطراب النفسي فسيولوجياً أو عضوي المنشأ .

ومن أهم الأسباب الفسيولوجية اضطراب وظائف الاستقبال الحسي « الحواس » ، وخلل الجهاز العصبي المركزي ، وخلل الجهاز العصبي الذاتي ، وخلل الجهاز الدوري ، وخلل الجهاز التنفسي ، وخلل الجهاز الهضمي ، وخلل

الجهاز اليولي والتناسلي ، وخلق الجهاز الهيكلي .

## ٢ - الأسباب النفسية :

وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب في الطفولة ، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد ، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية .

وأهم الأسباب النفسية : الصراع الذي يهدد الشخصية فتكون فريسة للمرض النفسي . ويتضح الصراع في تجنب الواقع ضد مواجهة الواقع ، والإعتدال على الغير ضد الاعتدال على النفس ، والإحجام والخوف ضد الإقدام والشجاعة والحب ضد الكره ... إلخ .

كما أن الإحباط الذي يعوق العقل عن إشباع حاجاته الأساسية ، والشعور بخيبة الأمل ، وتكرار مثل هذا الإحباط يؤدي إلى غيبة الأمل عند الطفل فيها يريد تحقيقه من أهداف ، وذلك لوجود عائق أو ظروف قاهرة أكبر من إرادته يقهر محاولاته للتغلب على العائق سعياً للوصول إلى أهدافه ، ويؤدي إلى تحفيز الذات والقلق . كما أن الحرمان سواء أكان حرماناً حيوياً أم نفسياً ، لم يثبتاً وعدم إشباع الحاجات الأساسية ، كالحاجات الحشوية والحسية ، والانفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية ، ومن حب وحنان الوالدين ، كل ذلك يؤدي إلى انعدام الفرصة لتحقيق الدوافع أو انتفاؤها بعد وجودها .

## ٣ - الأسباب البيئية :

وهي الأسباب المحيطة بالفرد في البيئة أو المحيط الاجتماعي ، فالبيئة الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وترى فيها ، والمؤثرات التي يخضع لها في طفولته ، تحدد سمات شخصيته سواء أكانت سوية أو غير سوية . فالعقل الرضيع الذي لم يحصل على عطف ودفء وحنان أمه ، ويتعرض لحالة الجوع ، وعدم شعور بالرضا والراحة ، يلجأ إلى التعبير عن ذلك بإحداث حركات عصبية ، وانفعالات حركية ، وقد تأخذ مظهراً حركياً وحشوياً من قبل الرضيع . كذلك يظهر عليه عدم الاستقرار والبكاء والصراخ والتقلب ، وقد يحصل عنده دفع ما في معدته إلى فوق ملاسه ، كما يلاحظ عليه مغص وتقلصات معوية مختلفة . كما أن



الصراع والشعور بالتلق والحدود والاضطرابات التي تحدث للطفل مع أشقائه وأصدقائه ومعارفه ، بالإضافة إلى بعض الصعوبات التي يواجهها في مدرسته ، قد تؤدي إلى أن يأخذ المرض عند الطفل مظهراً جديداً يتمثل في الانهيار النفسي أو الاضطراب الوظيفي المتمثل بأمراض العصاب المختلفة عند الطفل .

ولكن لا يمكن تعميم ذلك على كل الأطفال ، فبعض الأطفال تكون مظاهر المرض عندهم أكثر بروزاً وصعفاً من أطفال آخرين ، هؤلاء يكون مظهر المرض لديهم أقل تأثيراً فيهم وأقل استجابة للمرض .

في حين أن النوع الأول قد يتطور المرض لديهم إلى حد إصابتهم بإعاقة جسدية أو وظيفية بالنسبة إلى بعض الأعضاء مما يجعلهم في صراع مع محيطهم وعائلهم ( الخليلي ، ١٩٨٧ ) .

#### ٤ - تعدد العوامل في تفسير الأمراض النفسية عند الأطفال

إن أحدث اتجاه في تفسير الأمراض النفسية هو الاتجاه المتعدد العوامل ، والذي يرى أن الأمراض النفسية لا ترجع إلى سبب واحد وإنما إلى تفاعل مجموعة من العوامل النفسية والجسمية والاجتماعية والتربوية والاسرية والاقتصادية ... إلخ . ويمكن التمييز بين العوامل المهيئة لحدوث المرض النفسي والتي تشكل خبرات الطفولة السابقة ، وما يتعرض له الفرد من ضغوط ومؤثرات ترسب خلال فترة حياته حتى تظهر إلى حيز الوجود بتأثير مجموعة من العوامل المساعدة والتي تكون بمثابة « القشة التي قصمت ظهر البعير » .

والعوامل المسؤولة عن حدوث المرض النفسي تختلف باختلاف الأفراد من حيث كم ونوع التأثير اللازم لحدوث الانهيار . فالشخص المتزن يختلف ما يلزمه للاضطراب والمرض عن الشخص القلق ، المهتز والتهتز ، والمستعد للإصابة بالمرض ( عيسوي ١٩٨٤ م ) .

#### أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال :

يعبر العرض عن الاضطرابات الموجودة عند الطفل ، وعلامة من علامات المرض النفسي ، فكل الأمراض النفسية تصنف على أساس الأعراض .

لذا تعد دراسة الأمراض النفسية وتمييز مرض نفسي عن آخر لا بد من ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض .

هذا ولا يخلو إنسان من الأعراض . ويتبد أن لجميع الأعراض الميزة للمرض النفسي في مريض واحد . والفرق بين الشخصية السوية واللاسوية هو فرق في الدرجة وليس في النوع . وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أو مرضاً نفسياً فائلاً بذاته مثال: القلق ، الخوف ، الوسواس ، إلخ . . . .

فالأعراض تكشف عن الحياة الخاصة للمريض ، وعادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدقيقة وذكرياته المكبوتة وغلافه . كما تمثل الأعراض غالباً طرقاً خاطئة للتوافق وحلولاً عسائية للصراع ، وخططاً فاشلة للدفاع النفسي . هذا وتظهر أمراض المرض النفسي في شكل مجموعة أمراض ( Syndrome ) ، وهذه المجموعة المتألفة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر . كما أن للمرض معنى رمزياً يُشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي .

فظاهرة العدوان عند الطفل قد تكون تعبيراً عن حاجة لتأكيد الذات مثلاً . فالمرض قد يكون وسيلة لصيانة قيمة الذات ، وطريقة للتوافق النفسي . هذا وللأمراض أهداف قد تكون أهدافاً أولية ( ذاتية ) والتي يكون في تحقيقها مكاسب يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى ، وأهم هذه الأهداف : السيطرة على القلق وتخفيف التوتر ، وحل الصراع أو العمل على حله باستخدام واحدة أو أكثر من حيل الدفاع النفسي ، وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع التي يستعجبها الفرد ، واستصاص الطاقة النفسية المنبثقة من الدوافع المكبوتة واستفاد شحنتها . . . إلخ .

أما الأهداف الثانوية للأمراض فقد تكون في استئثار العطف ، واستغلت الانتباه من قبل الآخرين ، وكذلك الهروب من المآزق والمواقف العسرة ، والتخلص من المسؤولية الشخصية ، وتجنب الأعباء التي لا يجبا الطفل ، وتعويس النفس أو العجز أو الحرمان ، والقوز بحجة الآخرين وروايتهم ومساندتهم كبديل لحل على الحرمان الماضي ، وكذلك وقاية الذات واحترامها والحفاظ على كيانها .

## تصنيف الأمراض :

الأمراض متداخلة بشكل كبير ، وذلك لأن الجهاز النفسي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة . هذا وتختلف الأسس التي تصنف وقتها الأمراض وأهم هذه التصنيفات ما يلي :

١ - الأمراض الداعلية : لا تلاحظ مباشرة ، وإنما تظهر من خلال تغيراتها السلوكية مثال : الحُوف .

٢ - الأمراض الحارضية : تكون ظاهرة وواضحة مثل فرط إفراز العرق في أثناء حالات القلق أو التجمد في حالة العصاب .

٣ - الأمراض العضوية المنشأ : تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فيسيولوجية أو أي جهاز آخر .

٤ - الأمراض النفسية : تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعتبر علامات بل محاولة المريض في جهاده وجره ودفاعه ضد مشكلاته . والأمراض النفسية المنشأ تكون غالباً تعبيراً عن اللاشعور ، وبالتالي فالمرضى لا يعي أصلها أو معناها بل يعي وجود ضغط داخلي فيوجه هذه الأمراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط . وأهم الأمراض النفسية : اضطرابات التفكير ، واضطرابات الإدراك ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، وكذلك اضطرابات الكلام ، والاضطرابات الانفعالية ، واضطرابات الحركة واضطرابات النوم ... إلخ .

٥ - أمراض نفسية جسدية : وتشمل الاضطرابات في الجهاز الدوري ، والجهاز التنفسي ، والجهاز الهضمي ، والجهاز الغدي ، والجهاز البولي .

## علاج الأمراض النفسية :

سوف نتحدث عن هذا الجانب عندما يتم الحديث عن الأمراض النفسية في الفصل الرابع ، حيث نتطرق إلى طرق الوقاية والعلاج لكل مرض نفسي على حدة .



## الفصل الثاني :

### التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

- طبيعة التنشئة الوالدية .
- مفهوم التنشئة الوالدية .
- أهمية التنشئة الوالدية .
- العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال .



## الفصل الثاني

### التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

#### — طبيعة التنشئة الوالدية :

هناك اختلاف بين الطفل الإنساني والطفل الحيواني ، وذلك من حيث شدة حاجته إلى الرعاية والحماية ، وكذلك من حيث طول الفترة التي يفضيها قبل أن يستطيع الاعتماد على نفسه ، ويكون قادراً على مواجهة الحياة وتحمل المسؤولية . فالسلوك الإنساني يتأثر بعوامل عديدة بعضها يعود إلى العوامل الوراثية واضطرابات الغدد ، والبعض الآخر يعود إلى العوامل البيئية والتي تتمثل في عمليات التعلم ، والتنشئة الوالدية في الأسرة ، والعلاقات التي تتم بين الطفل وزملائه في المدرسة ، وكذلك من خلال المحيط الاجتماعي والثقافي العام الذي يعيش فيه الطفل . ونظراً للدور الذي تقوم به العوامل البيئية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني فقد تزايد الاهتمام من قبل علماء النفس وعلماء الاجتماع بعملية التنشئة الاجتماعية ، وهي العملية التي يتحول من خلالها الوليد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي ، وذلك من خلال عملية التفاعل مع الأسرة والمدرسة وبقية الأفراد الآخرين الذين لهم علاقة مع الطفل .

وبذلك تُعتبر التنشئة الوالدية من أهم العوامل البيئية التي تتم من خلالها عملية التنشئة الاجتماعية . فقد أجمع علماء النفس بانتمائهم المختلفة على أن أساليب التربية التي يتبعها الوالدان في تنشئة أطفالها لها أكبر الأثر في تشكيل شخصياتهم في المستقبل ، وفي نوع الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها . ولهذا ترى نظرية التحليل النفسي أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تُعتبر أهم سني حياته على الإطلاق ، وهي التي تترك أثراً كبيراً في نفسية الفرد . كما يرى فرويد ( ١٩٥٢ ) أن أسباب المرض النفسي تعود إلى استعداد ناتج عن

الليبيو . وهذا الاستعداد يتوقف على الخبرات الطفلية للفرد ( انظر كفاي ، ١٩٨٩ ، ص ١٥ ) .

كما يرى السلوكيون ( دولارد ، ميلر ، سيرز ، مورر ) ان الإنسان يولد مزوداً باستعدادات أولية تشكل المادة الخام لشخصيته ، ثم تبدأ هذه الاستعدادات بالنمو والتطور والتعديل استناداً إلى مبادئ التعلم في الأوساط التربوية وخصوصاً الأسرة .

بالإضافة إلى ما يؤكد علماء النفس من العلاقة بين التنشئة الوالدية والإصابة بالأمراض النفسية ، فإن الأطباء النفسيين يقررون أن التنشئة الوالدية تلعب دوراً متفاوت في أهمية في نشأة العصاب والذهان .

### — مفهوم التنشئة الوالدية :

يشير مفهوم التنشئة الوالدية إلى نوع المعاملة التي يتلقاها الطفل من والديه في المنزل وطبيعة علاقته بهما . ويقصد بها كل سلوك يصدر عن الوالدين ويؤثر في الطفل وفي شخصيته سواء أقصد بهذا السلوك التوجيه أم التربية .

ولهذا تُعتبر التنشئة الوالدية موضع اهتمام كبير من قبل علماء النفس ، حيث أنها تُعتبر من أهم العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الإنسان وفي شخصيته ، ولهذا يتضمن مفهوم التنشئة الوالدية العمليات الآتية<sup>(١)</sup> :

- ١ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء استجابة الوالد أو الوالدة أو كليهما لسلوكه .
- ٢ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء أساليب الثواب والعقاب التي يتخذها الوالد أو الوالدة أو كليهما بقصد تعليمه أو تدريبه .
- ٣ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء اشتراكه في المواقف الاجتماعية التي يتيحها له الوالد أو الوالدة أو كليهما بهدف تعليمه الأساليب الصحيحة للسلوك في نظرها .
- ٤ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التوجيهات المباشرة والتعليقات

(١) كفاي ، علام التين : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية ، دراسة أسيريقية -

كلينيكية ، القاهرة : هجر ، ١٩٨٩ ، ص ٥٦



اللقطة التي يوجهها الوالد أو الوالدة أو كلاهما بقصد توجيهه إلى الأساليب الصحيحة في السلوك .

٥ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التعارض بين أسلوب الوالد وأسلوب الوالدة في طريقة تربية الطفل ، وأسلوب معاملة .

### — مدى أهمية التنشئة الوالدية :

للتنشئة الوالدية أهمية كبيرة في التأثير في سلوك الطفل ونموه وشخصيته . فالتنشئة الوالدية تنطوي على الكثير من أساليب التفاعل مع الطفل ، والكثير من العادات والتقاليد وأساليب السلوك التي يمارسها الآباء من خلال عملية التنشئة الوالدية . كما يسود في كل أسرة جو خاص يحكم العلاقات بين أفرادها ، وهذا الجو وما يتصف به من دفء وحنان أو من قسوة وكرهية أو من ديمقراطية أو تسلطية أو لتدليل يؤثر في شخصية الطفل وسلوكه في المواقف اليومية المختلفة .

ولهذا يكون للعلاقات النفسية التي يكوّنها الطفل مع أمه في السنوات الأولى من حياته أثرٌ في تحديد ملامح شخصيته ، فإذا لم تكن هذه العلاقة حميمة قوّته يكون من الصعب تكوينها فيما بعد . ويرى أريكسون Erikson ( ١٩٦٣ ) أن فترة الطفولة الأولى هي فترة الإحساس بالثقة والتغلب على الإحساس بعدم الثقة ، حيث يستمد الطفل ثقته بنفسه وبالأخرين من خلال علاقته بأمه .

بالإضافة إلى ذلك فإن دور الأم في مشاركة الطفل وجدانياً له أثر كبير في تربية الطفل ، فالأم التي تخصص وقتاً أطول في اللعب مع الطفل تكتسب معه صداقته مما يؤدي إلى علاقة حميمة يسودها الدفء والتقبل . ولكن الدراسات أكدت أنه ليس المهم في عدد الساعات التي تقضيها الأم مع طفلها ولكن في نوعية التفاعل الحاصل بين الطفل وأمه ، إذ قد تقضي الأم وقتاً طويلاً مع الطفل في غرفة واحدة ، إلا أن التفاعل بينهما يكون ضعيفاً ( الصراف ، ١٩٩١ ) .

ولهذا يرى كوهن Kohn ( ١٩٨٩ ) أن مستوى وهي الأم يعتبر عاملاً أساسياً في معاملة الطفل ، فالأم الواعية تهتم كثيراً بعملية تربية الطفل وذلك من خلال تأكيدها على أهمية الإشباع النفسي والسعادة والانضباط الذاتي للطفل ، في حين أن الأم اللقطة إلى الوعي التربوي فإنها تهتم فقط بالسيرة الاجتماعية أو الطاعة العمياء .

كما أثبتت الدراسات أن أطفال الأسر التي يسود فيها الجوع والديكتاتورية والذين كانوا سعداء انضباطيين في مرحلة الحضانة كانوا أكثر نشاطاً واجتماعية وأكثر رغبة في التطلع والاستكشاف . في حين أن أطفال الأسر التي تتبع أسلوب التسليل والتحفيز كانوا أكثر خوفاً من التعرض للخطر وأكثر محافظة على أجسامهم وملابسهم ، وأن المهارات الكبيرة كانت لديهم أقل نمواً .

أما الأسر التسلطية فتتميز عند أبنائها التمييز العنصري والتعصب ، والخوف من السلطة أو الطاعة العمياء ، أو تنشئ فرداً لديه مشاعر الذنب والقلق وفقدان الثقة بالنفس بشكل واضح . وهذا الأسلوب في التربية من شأنه أن يفرس أفاعاً تسلطية ، وتزعجت عدوانية في سلوك الأبناء فيما بعد . ولهذا يقول كولي Cooley : « إن المجتمع مرآة يرى المرء فيها نفسه » فالطفل الذي يُعامل بالتسلط لابد أن يظهر التسلط والعدوان في سلوكه . ويرى مورفي Murphy ( ١٩٧٣ ) ، ووايت White ( ١٩٧٨ ) أن التزمّت الشديد في التنشئة الوالدية يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية متعددة وخاصة القلق والتطرف الفكري والعقائدي ، وحالات المستعصية .

كما أن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للوالدين أثرٌ في سلوك الطفل . فالأمهات الأكثر تعليماً والأفضل من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أكثر ميلاً إلى توفير الاستقلال لأطفالهن ، وأكثر تعاوناً وميلاً إلى المساواة بين أطفالهن ، في حين أن الأمهات الأقل تعليماً والأدنى من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي كن أكثر ميلاً إلى الضبط والعقاب .

بالإضافة إلى ذلك فإن لحجم الأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي بين أخوته ، ونوع جنس الطفل ، وعمر الوالدين ، كل ذلك يؤثر في أسلوب تنشئة الطفل ، ولكن كل واحد من هذه العوامل ليس هو للمؤثر الوحيد وإنما يُعتبر أحد المؤثرات والتي يتفاعل مع غيره لتأثير في سلوك الطفل وشخصيته .

لقد وجد روزنبرغ Rosenberg ( ١٩٧٩ ) أن هناك اختلافاً جوهرياً بين أسلوب معاملة الطفل عند أمهات الأسر الكبيرة وأمهات الأسر الصغيرة ، وذلك بسبب الأجواء التربوية والنفسية والاجتماعية التي تنهأ للطفل في كلا النوعين من الأسر . كما وجد بلوك Bullock ( ١٩٨٨ ) أيضاً أن علاقة الطفل المبكرة بالأم تتأثر إلى حد ما بحجم الأسرة وعدد الأطفال لدى الأم ، حيث أنه كلما زاد عدد

الأفراد في الأسرة كلها كثرت مسؤوليات الأم ، وفُقد اهتمامها بالأبناء .

وفي دراسة أخرى أجراها موليز وموليز Mullis & Mullis ( ١٩٨٧ ) على عينة من الأسر تتألف من ٨٦ أمّاً وأطفالهن ، تبين أنه كلما صغر عمر الأم كان تأثيرها أكثر في عملية التفاعل مع الطفل ، وأنها تقضي وقتاً أطول في اللعب معه بالمقارنة مع الأمهات الأكبر سناً .

من جهة أخرى فإن الاتجاهات الوالدين نحو ذواتهم ينعكس على اتجاهاتهم نحو الآخرين ، حيث أن تقبل الذات يرافقه تقبل الآخرين ، وعدم تقبل الذات ينعكس على عدم تقبل الآخرين . ولهذا فإن الاتجاهات التي يتكوّنها الطفل نحو ذاته ونحو الآخرين والتي تحدد سلوكه وشخصيته ، تنعكس تلك على إنتاجه الدراسي وأساليب تفاعله مع الآخرين . وهذا يتوقف بدرجة أساسية على مدى تقبل الوالدين للطفل في طفولته المبكرة والتي تُعتبر كما ترى مدرسة التحليل النفسي أهم المراحل في تكوين شخصية الإنسان .

## — العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال :

لقد أعلّرت النظريات النفسية والسيكاثيرية أهمية كبيرة للتنشئة الوالدية ولطبيعة العلاقات التي تتم بين أفراد الأسرة في نشوء المرض النفسي عند الأطفال ، منطلقة في ذلك من أن المريض هو الأسرة ، بمعنى أن الأسرة تشكل الأرض الخصبة لنشأة المرض النفسي .

ولهذا يرى برون وآخرون Bowen, et. al. ( ١٩٦١ ) أن الأسرة وحدة واحدة ، والمريض المريض داخل الأسرة هو الشخص الذي عبرت عن طريقه الأسرة عن اضطرابها ( فهو عرض لما تعانيه الأسرة من اضطراب ) .

كما يرى باتسون وزملاؤه Bateson, et. al. ( ١٩٦٠ ) أن الطفل يقع فريسة للمرض النفسي عندما يتعرض الاتصال بينه وبين الأم للتشويه .

أما أكرمان Ackerman ( ١٩٥٨ ) فيركز على المناخ الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاعلة داخل الأسرة . حيث يرى أن الأسر المريضة يوجد عندها نوع من التناقض الوجداني بين ما يبدو على السطح وما يوجد في الداخل . فما يبدو على السطح يتصف بالهدوء والثبات والاستقرار ، ولكنه هذوّه يتصف بالركود ،

وثبات أمل إلى الجمود . ويرى والدا أن الأشيء يجب أن تبقى كما هي ، حيث ينتشر نوع من الموت الوجداني في الأسرة . وهذا الجوع انعكس على التعامل بين أفراد الأسرة ويهيئها بصيغة اكتئابية . فالحدود الظاهري المصطنع سرعان ما تمزقه بين الحين والآخر بعض الثورات العنيفة التي تبدأ من حادث بسيط ، ولكنه سرعان ما يشمل الأسرة كلها ، ويتقلب الحدود إلى ثورة غامرة وذعر شديد . ولهذا يصبح المنزل مكاناً موحشاً فارغاً من العلاقات الإنسانية الحميمة والدافئة . فكل شيء يفقد معناه داخل هذه الأسرة ، فكل واحد ينظر إلى الآخر دون أن يراه . كما تحرص مثل هذه الأسرة على تأكيد قيم التفاني الكاذب عند أبنائها وضرورة التضحية . لذا يشعر أبناء هذه الأسر بالقلق والشعور بالثقل مما يؤدي إلى سيطرة مثل هذا الشعور عند كل أفراد الأسرة . ولهذا يسقط الفرد مشاعره على العالم الخارجي فيدركه علناً قلباً وغير آمن .

أما العالم شولمان Shulman ( ١٩٦٨ ) فيعتقد أن الفصامي يُصنع ولا يولد ، وهذه الصناعة تبدأ منذ سن الطفولة ، ويرى أن هناك عاملاً بسيطاً هو القيم الشخصية ، وهذه القيم الشخصية التي يكوّنها الفرد بنفسه هي التي تؤدي إلى المرض . وهذه القيم يكتسبها الفرد في أسرته في أثناء الطفولة عن طريق تعليم الوالدين له كيفية الاستجابة في مختلف المواقف .

في حين أن وولمان Wolman ( ١٩٧٠ ) ، يرى أن الفشل وخيبة الأمل اللذين يواجههما الوالدان لها أثر كبير في نشأة المرض عند الطفل . فمثل هؤلاء الآباء لا يبحث كل منهم عند الزواج عن شريكٍ ناضج ، وإنما يبحث عن أباء محبين عطوفين في أزواجهم . ولهذا يتوقع كل منهما أن يجد عند الآخر ما يفتقده هو ، وما يفتقده الطرف الآخر أيضاً . وسرعان ما يشعران بالإحباط والضيق والفشل المرير . . . وهذا الشعور عند الوالدين هو المناخ المناسب الذي تنشأ فيه الميئذات المرضية . فالطفل في هذه الأسر ينشأ مثل غيره من الأطفال قاصراً ضعيف الحيلة يحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولكنه يتحقق بعد ذلك أن هناك شيئاً مختلفاً بالنسبة إلى اهتمامه على مساعدة والده . فهو لا يجد مساعدة وإنما يجد استحواذاً . ويعيش تحت تهديد مستمر بأن يفقد حب الوالدين إذا فكر أن يخرج على الأساليب المحددة له ، وكلما أجهد الطفل نفسه في إرضاء والده ، طلباً منه المزيد ، وكلما أعطى لها من الحب عجل ذلك في إنباتك مصاعره العاطفية وانتهى به الأمر إلى انهيار ذهاني ( كفاي ، ١٩٨٩ ) .

كما وجد كاسانين ، وثايت ، وساج Kasanin, Knight & Sage ( ١٩٣٤ ) أن أسلوب الحماية الزائدة والرفض عند آباء المرضى القصرين - يمثل ٦٠ ٪ من مجموع أساليب معاملة آباء مجموعة من القصرين . كما وجد شبيغل وبل Spiegel & Bell ( ١٩٦٧ ) أن أمهات القصرين يتسمن بعدم الأمن والسطحية والتصلب والسيطرة . ولهذا فإن مثل هذه السمات المرضية عند الآباء تنعكس على أساليب المعاملة لأبنائهم ولجعلها غير سوية ، كما تجعل الجو الأسري مضطرباً وغير صالح للنمو السوي .

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأميركية ( في ولاية ميشيغن ) ١٩٤٠ على ٥٠٠ طفل تم استنتاج الآتي :

- وُجدت علاقة واضحة بين العدوان غير الاجتماعي عند الأطفال وبين سلوك الرفض من قبل الآباء . كما وُجدت علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك الإهمال من قبل الآباء .

وفي دراسة أخرى أجراها كاس Cass ( ١٩٥٢ ) وجد علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك التحكم عند الآباء .

وفي دراسة قام بها ليفي Levy ( ١٩٥٤ ) عن العلاقة بين الحماية الزائدة عند الأمهات وأثرها في سلوك الأبناء وجد أن الأطفال الذين يُعاملون بحماية زائدة معتمدة على التساهل كانوا عنيدين ومستبدين في المنزل ، وتتجاهل نوبات الغضب ومن الصعب السيطرة عليهم . أما الأطفال الذين عُوملوا بحماية زائدة قائمة على السيطرة فقد كانوا خائعين في المنزل ومن الصعب عليهم تكوين الصداقات ، كما يميلون إلى السيطرة أو الانسحاب ، ونصفهم كان يُعاني من مشكلات متعلقة بالأكل ( كفاي ، ١٩٨٩ ) .



## الفصل الثالث :

### التوافق النفسي والاجتماعي وأثره في شخصية الطفل

- مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي .
- أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال .
- أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل .
- التوافق وحيل الدفاع النفسي .
- دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال .
- أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي .
- أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي .





## الفصل الثالث

### التوافق النفسي والاجتماعي واثره في شخصية الطفل

#### — مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي :

إن ظروف الحياة في حالة تغير مستمر ، وهذا ما يضطر الكائن الحي إلى تعديل استجاباته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها ، كما يضطر أحياناً إلى إحداث تعديل أو تغيير فيها . وهذا يعني بأن الحياة تتضمن القيام بعمليات التوافق بشكل مستمر . ويرى دسوقي ( ١٩٧٤ ) أن علم النفس هو علم دراسة التوافق . وما دام الكائن الحي قادراً على القيام بهذا التوافق المستمر ، فهو يستطيع الحياة والبقاء . أما إذا عجز عن القيام بهذا التوافق فيؤدي إلى الاضطراب والمرض ، وقد يؤدي إلى الهلاك .

وما أن التوافق يتطلب تغييراً في سلوك وتفكير والمجاهات الشخص ، فهذا يفرض عليه أن يكون على درجة كبيرة من المرونة والقدرة على التعديل والتغيير ، فإذا عجز عن إشباع دوافقه تعرض للإحباط والفشل ، أما إذا اصطدمت رغبته مع رغبات المجتمع فإنه يسمى إلى استعادة التوازن والانسجام ويعدل سلوكه ليتوافق مع سلوك الجماعة ، وذلك باتباع التقاليد والحضوع للالتزامات الاجتماعية ، أو يقوم بتغيير بعض عاداته وأفعاله ليوائم الجماعة التي يعيش فيها ، ويسمى ذلك بالتوافق الاجتماعي ( المليحي ، ١٩٧٣ ) .

فالتوافق كما يراه سلونكن Slotken مسألة معيارية مرتبطة بنوع الحضارة والثقافة التي يعيش في كنفها الفرد . فالتوافق نسبي ، ولا توجد حالة استقرار مؤقتة للتوازن الحيوي والنفسي .

ويؤكد شوبن Shoben نسبة التوافق ، إلا أنه يضع هدفاً للتوافق يقدر بمدى غنى إمكانات الفرد ومدى توظيفها وتحقيقها في الواقع ( المغربي ، ١٩٩٢ ) .

فالتوافق كما يعرفه نجالي ( ١٩٨٤ ، ص ٣٦١ ) هو : النشاط الذي يقوم به الكائن الحي ويؤدي إلى إشباع الدوافع . وبهذا المعنى يكون التوافق عبارة عن مجموعة ردود الفعل التي يحدث بها الفرد كيانه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية معينة . فهو محور النمو النفسي والاجتماعي ، وهو من أهم مطالب النمو العقلي والمعرفي والاجتماعي ودليل على الصحة النفسية للفرد .

والتوافق الذي سنتطرق إليه في هذا الفصل سوف يتضمن المعنى النفسي والمعنى الاجتماعي .

فالتوافق بمعناه النفسي يتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها ، وإشباع الدوافع والحاجات الأولية والثانوية ، بالإضافة إلى التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتالية . ويعرفه زهران ( ١٩٧٨ ) بأنه : عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة . أما الخطري ( ١٩٨٧ ، ص ٢٠٥ ) فيعرفه بأنه : محصلة معقدة لعلاقة جدلية بين الذات بكل خبراتها السابقة وإمكاناتها العقلية وطموحاتها ، وبين العناصر والمعطيات الموضوعية - كما يدركها الإنسان - في المواقف المختلفة ، ويتوافق الفرد عادة مع المواقف التي يدركها على أنها ميسرة لتوظيف إمكاناته ، وداعمة لتحقيق طموحاته . فالتوافق النفسي مفهوم نسبي عند الأفراد ، ويختلف باختلاف الثقافات والمواقف المختلفة .

ولهذا ولستأدأ إلى ما تقدم تعرف التوافق النفسي بأنه : محصلة لما يقوم به الفرد من علاقات تفاعلية مع البيئة التي يعيش فيها ، الخداف منه إحداف توازن نفسي بين الفرد وبيئته من أجل ضمان نمو إمكاناته وتوظيفها وتحقيقها في حيز الواقع .

أما التوافق بمعناه الاجتماعي فقد وصفه زهران ( ١٩٧٨ ) بأنه ذلك التوافق الذي يعبر عه بعلاقة الفرد للشجاسة مع بيئته الاجتماعية والسعادة مع الآخرين ، ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي ، وتقبل التغيير الاجتماعي ، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لحبب الجماعة والسعادة الزوجية كما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية .

أما أبو النيل ومجدة أحمد ( ١٩٨٥ ، ص ١٩ ) فيعرفان التوافق الاجتماعي

بأنه « قدرة الفرد على إقامة علاقة مناسبة وسليمة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها ويعطى في الوقت نفسه بتقدير واحترام الجماعة لأرائه واتجاهاته ». ولهذا يمكن تعريف التوافق الاجتماعي بأنه « العملية التي يتمكن بها الفرد من إقامة علاقات مناسبة مع المجتمع بما يتفق ويتسجم مع القواعد والمعايير الاجتماعية السائدة فيه ، بما يحقق التوافق الصحي مع الذات والآخرين » .

ولهذا تكون الصحة النفسية للفرد في مدى قدرته على التوافق الاجتماعي وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه .

### ٢ - أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

من أجل التوافق مع مواقف الحياة التي تواجه الأطفال ، يميلون إلى استخدام أساليب توافقية مختلفة ، وقد يواجهون بالإحباط الذي يؤدي إلى التوتر النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب توافقية غير صحيحة - شاذة - تختلف باختلاف الأشخاص والظروف المحيطة . كما أن الصراع الذي ينشأ لدى الطفل في مرحلة الطفولة والذي يكسبه عادة من والديه أو من يقوم مقامها في تربيته وتنشئته الاجتماعية يعتبر الأسس في سوء التوافق النفسي لدى الطفل . ولكن يجب أن لا يُفهم من ذلك أن الوالدين يملكان طفلها هذا الصراع عن وجهي منها بل إن الطرق الحظائية التي يتبعها الوالدان في أثناء معاملة ولدهما هي التي ينشأ عنها هذا الصراع اللاشعوري عند الطفل ( مرسى ، ١٩٧٦ م ) .

والأساليب التوافقية التي يستخدمها الأطفال قد تكون بالمواجهة المباشرة للمشكلات التي تعترضهم ، وقد تكون أساليب غير مباشرة ، أي يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة إيجابية ، وقد تكون أساليب غير مباشرة يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة سلبية ...

ففي مرحلة الطفولة نجد أن الطفل الأول يتخذ مجموعة من الأساليب للتوافق عند ميلاد طفل جديد . فمن المعروف أن الطفل الأول يكون مركز اهتمام الأسرة ، وفي حالة مرضية من النشاط قبل ميلاد الطفل الجديد ، ولكن بعد هذا الميلاد يفقد الطفل الأول مركز الاهتمام ، ويواجه مشاكل أخرى، ولذلك يلجأ إلى اختيار أحد الأساليب التالية للتوافق مع الموقف الجديد هي :

١ - قد يلجأ إلى أسلوب المواجهة المباشرة الإيجابي : حيث يساعد الطفل الأول

أثناء ( العطل الثاني ) أو يشاركه في ألعابه . وهذا ما يكسبه تقديراً اجتماعياً من قبل الوالدين .

٢ - وقد يلجأ إلى القيام بنشاطات بديلة إيجابية : وفيها يقوم الطفل بقرائة القصص ، أو اللعب مع رفاقه ، وهذا الأسلوب أكثر احتمالاً من أسلوب المواجهة المباشرة .

٣ - وقد يلجأ إلى نشاطات بديلة ذات قيمة سلبية : مثل الشقاوة ، والعندوان ، والتخريب ، أو الهروب من المنزل .

٤ - وقد يلجأ إلى أسلوب المرض ( أو التلهوس ) : عندما لا يجد الطفل الأول نفعاً من الأساليب الثلاثة السابقة ولم ينجم عنها إرضاء له فإنه يلجأ إلى هذا الأسلوب لاستعادة الانتباه المفقود ، ولينبه الوالدين بأنه لا زال موجوداً ويحتاج إلى الاهتمام .

### — أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل :

يكون الطفل في حالة استخدام أسلوب المواجهة المباشرة للمشكلة في حالة نشاط مستمر ، حيث يعتبر أن رعايته لأخيه الأصغر واجبة ، أو أن ذهابه إلى المدرسة ضروري . . . وهذا ما يجعله يتغلب على الصعوبة التي واجهته بشكل سليم . فالتوافق الناجح والسوي يؤدي إلى بناء الأنا وإزدياد شعور الطفل بأهميته ، وقوي شخصيته ، ويجعله أكثر قدرة واستعداداً لمواجهة مشكلات مستقبلية ، كما أن سلوكه يصبح أكثر تكاملاً مما كان عليه قبل مواجهة المشكلة ، أي أن هذا الأسلوب يسهل عملية النمو ويرقى به لاستخدام أساليب أكثر ملاءمة لمواجهة مشكلات مستقبلية أكثر تعقيداً .

أما في حالة استخدام الأسلوب البديل الإيجابي ، فقد يكون توافقاً متطلباً أكثر من المواجهة المباشرة ، فبالرغم من أن اختيار سلوك بديل قد ينتج عنه شعور بالفشل بالنسبة إلى العائق أو المشكلة التي تعجزها العقل ، فإنه من المحتمل أن يجعله يكرس طاقة أكثر غنى في السلوك البديل ، وأن الشعور بالفشل في إحدى المحاولات قد يكون دافعاً للفرد في بلك طاقة أكثر في مجال آخر .

أما استخدام الأسلوب البديل السلبي في التوافق فهو يؤدي إلى إضعاف

قدرة الفرد على مواجهة المشكلة وبلجاً إلى المواجهة والحيلة والتخلص، وهذا ما يضيف من شخصية الطفل وقد يعمم هذا الأسلوب في معالجة مشكلات المستقبل ويؤدي به إلى التناقص ويصبح السلوك غير متكامل . . .

أما الحالات الأكثر تطرفاً فهي استخدام الطفل سلوكيات بديلة سلبية شاذة . فهو يحاول أن يوقف من حدة التوتر الناتج عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع بالانصراف عن المشكلة الأصلية والعيش في حياة انفعالية داخلية في عالم من الوهم والحيال ، إنه أسلوب بكروسي في التوافق .

فالطفل المتحرف لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة ، بل يعالج مظاهرها فقط ، والتوافق يتبدى مبكراً جداً لدى الفرد ولا ينتهي إلا بانتهاء الحيلة . . .

واستناداً إلى ذلك فإن الأسلوب التوافقي الذي كان قد استخدمه الفرد في حياته يميل إلى الثبات في شخصيته ومن السهل تكراره عند معالجة المشكلات نفسها في المستقبل .

والحقيقة فإنه لا يوجد شخص يستخدم أسلوب المواجهة المباشرة ، أو أسلوباً توافقياً بديلاً إيجابياً في كل وقت ، فكل شخص يستخدم أسلوب المواجهة والتفكير أحياناً ، ولكن الشخصية القوية تميل إلى استخدام النوعين الأولين المتعادين ، بينما ضعيف الشخصية يستخدم النوعين الآخرين في معالجة مشكلات الحياة ، مما يوقعه في الاضطراب النفسي والتوتر والقلق ، ويؤدي به إلى اللجوء إلى حيل الدفاع النفسي والتي تعتبر أساليب لاشعورية من جانب الفرد المهدف منها تشويه الحقيقة للتخلص من التوتر والقلق الناتجين عن الاحباطات وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بها ، وهذا هو أقصى درجات سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

### ـ التوافق وحيل الدفاع النفسي :

تعتبر حيل الدفاع النفسي محاولات للإبقاء على حالة التوازن النفسي من أن يصيبه الخلل ، وهذه الحيل يلجأ إليها الناس في حياتهم سواء أكانوا أمسياء أم شوافعاً ، ولكن الفرق هو أن هذه الحيل تكون معتدلة ومعقولة عند الأمسياء ، ومبالغ فيها عند الشوافع ، والفرق بين الاستجابات السوية والاستجابات غير

السوية هو في الدرجة .

وأهم حيل الدفاع النفسي الأكثر حدوثاً في مرحلة الطفولة ما يلي :

#### ١ - النكوص :

هو العودة إلى سلوك غير ناضج كان يجد فيه الطفل بعض المتعة والراحة حين مواجهته لمشكلة ما . مثال : حينما يلجأ الطفل في سن السادسة مثلاً إلى التحدث بلفظ ابن الثانية ، أو التبول على ثيابه . . . أو الليل إلى التخریب من أجل لفت انتباه الوالدين ، أو التهاوى من أجل العناية به .

#### ٢ - الإسقاط :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب ما في نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة ويصلفها بالآخرين أو القدر أو سوء الحظ . ومثال ذلك : اتهام الطفل غيره بأنه عدواني وبأنه يوسخ ثيابه أو يحس إصبعه بالرغم من أن هذه الصفات أو بعضها موجودة لديه ويحاول أن يفيها عن نفسه .

#### ٣ - التبرير :

وهو تعليل السلوك بأسباب تبدو منطقية ومعقولة في حين أن الأسباب الحقيقية انفعالية وغير منطقية . والتبرير يختلف عن الكذب ، حيث أن التبرير لا شعوري بينما الكذب شعوري .

#### ٤ - الإنكار :

وهو إنكار الفرد لما هو موجود فعلاً لتجنب الألم وإبعاد ذلك عن نفسه ، ومثال ذلك إنكار الطفل لموت أمه والقول إنها موجودة في الغرفة المجاورة .

#### ٥ - الكبت :

وهو ميل الفرد إلى إبعاد الأفكار والدوافع المؤلمة أو المخزية المؤيدة إلى الضيق ، من حيز الشعور إلى اللاشعور تجنباً لمواجهتها وحماية الذات . مثال ذلك المرأة التي تعرف حقيقة حياة زوجها وتكبت ذلك حفاظاً على أطفالها ، وكذلك الموظف الذي يحقد على رئيسه في العمل ويكبت ذلك تجنباً من مواجهته وفقد وظيفته .

## ٦ - الانسحاب :

وهو المروء من مواجهة المشكلات الحقيقية ، ومن مصائر التوتر والقلق ،  
والليل إلى العزلة والوحدة لتجنب الإحباط الذي ينتج حين مواجهة هذه  
المشاكل .

## ٧ - التقمص :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب إلى نفسه صفات مرغوبة على غرار ما هو  
موجود عند شخص آخر توجد عنده هذه الصفات أو ينسب انتهاءه إلى مؤسسة  
فيها من الصفات التي يرغب فيها أو جماعة تتحل بصفات جيدة فهو ابن لفلان  
أو طالب في كلية ... أو ينتمي إلى قبيلة ... .

## ٨ - ردود الفعل المعكوسة :

وهو التعبير عن الدوافع المستهجنة سلوكياً بشكل معاكس ، أو استجابة  
مضادة ، فالطفل الذي يكره أخاه الصغير يميل إلى المبالغة في حبه كرد فعل  
عكسي .

## ٩ - العدوان :

وهو هجوم يوجه إلى مصدر خلجي قد يكون شخصاً أو أشياء مسؤولة عن  
إعاقة بالغة . مثال : عدوان الطفل على أخيه أو على أبنائه أو التشهير بأخيه  
والتحدث عنه باستخفاف .

## ١٠ - الإعلاء أو التماهي :

وهو الميل إلى الارتفاع بالدوافع والرغبات التي لا يقبلها المجتمع وينظر  
إليها نظرة استهجان ، وتصعيدها إلى مستوى مرغوب والتعبير عنها بوسائل مقبولة  
ومرغوب بها من قبل المجتمع . مثال : «إعلاء إشباع الدوافع إلى العدوان عند  
الطفل إلى الرياضة والقراءة والفن ... » .

## ١١ - أحلام اليقظة :

وهي اللجوء إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز الطفل عن تحقيقه في الواقع .

ومثال ذلك الإغراق المفرط في عالم اليقظة ، فأحلام اليقظة تكون مفيدة لو كانت مؤقتة ، ولكن في حالة استمرارها وسيطرتها على العقل فإنها تقوده إلى الاضطراب النفسي . وما لا شك فيه فإن أحلام اليقظة عند الطفل وتصوره لصراعاتها وإحباطاتها لو أنها تحفلت حسب تحمل الطفل لأذى ذلك إلى زوال صراعه النفسي وشعوره بالإحباط . وأحلام اليقظة في الغالب تتحول القوة والتجاذب والمعرفة والتغلب على كل أنواع الصعاب فإذا ما ازدادت هذه الأحلام فإنها تسيطر عليه وتجعله حيسها وتزيد من سوء توافقه النفسي .

وبما أن لأحلام اليقظة فائدة كأن يرى الطفل نفسه طيباً ، أو طياراً ، أو مهندساً مما يدفعه إلى مزيد من الجهد في دراسته وتحصيله ، فقد يكون لهذه الأحلام من جانب آخر دورٌ غير عند الطفل وعلى المجتمع وذلك كأن يرى الطفل نفسه غنياً يملك المال والجواهر مما يدفعه إلى سرقة أهله أو الأشخاص المحيطين به . وهذا ما يؤدي إلى الانحراف السلوكي والاضطراب عند الطفل . لذا لا بد للأباء والمربين من توجيه الطفل نحو عالم الحقيقة ، وتدريبه على التفكير السليم مع استخدام الخيال في حدود معقولة ومنطقية .

## — دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال

تعتبر بيئة الطفل المحيطة والتي تشكل الأسرة نواتها الأولى - بما في ذلك أسلوب تربية الوالدين - عوامل هامة في تشكيل شخصيته ، وتكوين اتجاهاته ، وميوله ونظراته للحياة . وهذا يعتمد علينا كأباء أن نبني للطفل المناخ المناسب منذ ولادته . ونتبع أفضل السبل التي نبني له المرور عبر مراحل الطفولة إلى المراهقة فالرشد بأمان . ولذلك لا بد من معرفة خصائص نمو الطفل في جميع نواحي شخصيته ( الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية ) وأن نعمل على تنميتها بالطرق السليمة .

فالطفل في السنوات الأولى من حياته يتعلم الكثير من الخبرات التي تساعده على النمو السليم . فإذا توافر للطفل جو عائلي مليء بالحب والعطف والطمأنينة استطاع أن ينمو نمواً سليماً وأن يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه . أما إذا ساد الجو العائلي الخصام والقلق وتعددت مواقف الحرمان وحدتها بالنسبة إلى الطفل أدى به إلى الاضطراب والصراع وينعكس أكثر ذلك على شخصيته في



المستقبل . فما يكتسب الطفل في الطفولة المبكرة من عادات والتجاهلات يميل إلى الثبات النسبي ومن الصعب تغييره فيها بعد . فقد أكدت الدراسات التجريبية للأطفال أن ما يكتسب الطفل في مرحلة الطفولة من أسلوب في الحياة ومن مفهوم للذات تبقى آثاره مستمرة في حياة الفرد وفي الأساليب المختلفة التي يتعامل بها مع الناس . ولهذا فإن « فرويد » يرد سلوك الشخص الراشد إلى مرحلة الطفولة المبكرة . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن السهات الرئيسية للشخصية توضع أصولها في الطفولة .

والبحوث الإكلينيكية النفسية تشير إلى أن البيوت التي يسودها الود والتفاهم ، وتقوم علاقاتها على الثقة والاحترام والتقدير ، ويقوم أسلوب تربية الوالدين على التوازن بين الحرية وال ضبط هي بيوت تخرج أشخاصاً أسوياء ، يعكس البيوت التي تنفوس في نفوس أبنائها الكراهية والحقد والخوف فإنها تخرج للمجتمع شخصيات منحرفة وجانحة وعصائية ، ويرى « بروت » أن أبشع العوامل وأكثرها خطراً وتدميراً هي العوامل التي تدور حول حياة الأميرة في الطفولة ( فهمي ، ١٩٦٧ ، ص ٦٨ ) .

### — أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي :

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن حاجة شديدة ، ويرى « أوسجيان » أن الطفل إذا كان في وسط مألوف يحس فيه بالأمن ويشعر بوجود شخص راسد مألوف لديه فإن سلوكه ينسجم بالانتران . وهذا ما أكدته « أنا فرويد » : عندما قصت مياي لندن عام ١٩٤٠ بالقنابل فإن الأطفال كانوا يستمرون في اللعب أو النوم إذا بقيت أمهاتهم على قرب منهم ، أما الأطفال الذين أجلوا إلى الريف بعيدين عن أمهاتهم بعيداً عن القنابل ، فقد أظهروا كثيراً من القلق ، رغم للميزات الشخصية والتربوية التي كانت تمتاز بها المشرفات عليهم من كمن يقعن مذام الأمهات الحقيقيات .

وللأمن عناصر أساسية منها : للحبة ، والقبول ، والاستقرار . فشعور الطفل بحبة من يجهلون به ، وحب أمه له شرطان ضروريان لتوافقه النفسي ليس في الناحية الاتصالية فحسب بل وفي الجانب البيولوجي والفكري أيضاً . وقد أثبتت الدراسات أن الطفل المحبوب سعيد ومتوافق نفسياً واجتماعياً . ولكن هذا

الحب يجب أن يكون حقيقياً ، صادراً من القلب وليس مزيفاً ، ولكن الحب لا يؤدي مقعوله في إشعار الطفل بالأمن إلا إذا أحس الطفل بأنه مقبول في عائلته ، ويتحل هذا القبول بشعور الطفل بأن له مكانة في المنزل ، وأن والديه يضحيان من أجل مسعده مما يشعر الطفل بأنه مرغوب فيه ، وأن هناك روابط قوية تربطه بأسرته .

كما أن من شروط الأمن والتوافق النفسي والاجتماعي ، استقرار الوسط العائلي ، فإذا كانت البيئة العائلية ثابتة ترحب به ، والأساليب التي يُعامل بها مستقرة ساعد ذلك على نموه نمواً سليماً وتكيفه مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بشكل مناسب . أما إذا كانت البيئة العائلية التي يعيش فيها الطفل مضطربة ، وكان هناك اختلاف في الانتماءات الوالدية في تنشئة الطفل أدى ذلك إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل وزعزعة الكيان النفسي لديه . كما أن ثبات واستقرار العلاقات للقبالة بين الوالدين ( كزوجين ) من العوامل التي تساعد الطفل على الأمن النفسي وتوافقه : فالانتران العائلي يترتب عليه غالباً إعطاء الطفل ثقة في نفسه وثقة في العالم الذي يتعامل معه بعد ذلك . ودراسة ما يزيد عن ( ٣٠٠ ) حالة من حالات الأحداث الجانحين تبين أن ٧٥ ٪ تقريباً من الحالات يرجع فيها الجنوح والشرذ إلى انهيار صرح الأسرة . وهذا ما يدل على أن تماسك كيان الأسرة له أثره المباشر في التوافق النفسي والاجتماعي للأبناء ( التومسي ، ١٩٧٥ ) .

كذلك الحال فإن استقرار الطفل في المسكن والمدرسة التي يحافظ من خلالها على أصدقائه وعلاقاته مع الآخرين يوفر الأمن والأمان للطفل ( فهمي ، ١٩٦٧ ) . فدرجة الأمن التي يحس بها الطفل ذات أثر كبير في رشدته وتوافقه أو عدم توافقه نفسياً واجتماعياً .

ولذا فإن البيت الشماسك المنسجم يوفر للطفل الحب والأمن والتقبل والطمانية ويشير فيه الثقة بالنفس ، ويدربه على الاستقلال ، وتحمل المسؤوليات والتبعات الناصجة ، ويوفر له الإتياع للتركز للمقول .

كما أن المدرسة التي تعد الفرد للحياة بما توفره من ظروف تعمل على تنبيه إمكاناته وتنمية فاعليته مع المجتمع .

بالإضافة إلى المجتمع وما فيه من تقاليد وعادات ومثل عليا ونظم اجتماعية مختلفة تتيح الفرد المشككة لجميع أفراد الأسرة الحياة على نحو إيجابي فعال ، في العمل المناسب المنتج ، والحرية الواجبة ، والثقافة البائدة . فضلاً عن توفير الشعور بالولاء والالتقاء والعدل في توزيع المكاسب والتضحيات ( الفردي ، ١٩٩٢ ) .

## — أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

لماذا يحدث سوء التوافق عند الأطفال ؟

إن سوء التوافق يحدث نتيجة إحباط الدوافع وعجز الطفل عن إشباع حاجاته . وسوء التوافق عند الطفل لا يكون مرتبطاً بإحباط دوافعه بشكل مباشر ، بل إن عوامل أخرى كثيرة تسبب سوء التوافق عنده .

فالصراع الذي يتعرض له الطفل والذي يحاول بعبء وسائل مواجهته والتغلب عليه يولد أحياناً استجابة فسيولوجية داخلية ، بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية الأخرى . والاستجابة الفسيولوجية تعني أن الطفل يصبح في حالة توتر واستثارة للتعامل مع الصراع ، مما يجعله أكثر عصبية وقلقاً ، وخوفاً وانزعاجاً ، وغضباً ، وإحباطاً .

فالطفل عندما يولد له أخ صغير ، يشعر بأن هذا الصغير أن يحل محله ويسلبه العطف والحنان والاهتمام من والديه والذي كان يحصل عليه قبل ولادة أخيه الصغير . إن هذا الوضع يسبب للطفل الأكبر قلقاً واضطراباً في النوم . وتصبح علاقته وتصرفاته غريبة ، وحركاته مضطربة ، كما أنه يمتنع عن الأكل . كل ذلك قد يؤدي بالطفل الأكبر إلى ضرب أخيه الأصغر وعواقبه التخلص منه بالضرب أو بالحقن ليعود إليه والداه وحنانها الذي يشعر أنه فقده .

كما أن عيش الطفل مع أحد والديه نتيجة الوفاة أو الطلاق وخاصة مع زوجة الأب يشعر الطفل بالحرمان من أمه التي كانت معه دوماً ، كما يشعر بأنه منبوذ من قبل زوجة الأب وأنها تعامله بقسوة ، فيؤدي إلى شعوره بالاكتمال والإحباط أو يهرب من المنزل ليتحق بأنقران السوء ويكون السبب في انحراله واضطراب سلوكه وسوء توافقه النفسي والاجتماعي .

كما أن غياب التوجيه من قبل الأم والأب في مرحلة نموه وتطوره يعرض الطفل للضغوط النفسية والقلق النفسي ، ويضم شعوره وممارسته بنوع من عدم الشعور بالانتمى والحب لأي شيء يمارسه بشكل خاطئ . كما أنه لا يشعر بالموودة أو العطف والاحترام لأي شيء يفعله . بل إن الحالة قد تتطور بالطفل إلى أن يصل إلى مرحلة عدم الشعور بالقيمة الذاتية له ولغيره .

زد على ذلك فإن الساليب التربوية الخاطئة تؤثر تأثيراً كبيراً في تكوين الطفل النفسي والاجتماعي وتسبب له سوء التوافق . فالحرمان من رعاية الأم أو الأب سواء أكان حرماناً كلياً ، أو جزئياً وخاصة في السنين الثلاث الأولى من عمره يعرض الطفل لأذى بالغ الخطورة . ويتجلى ذلك في تعطل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي ، كما يؤدي إلى اضطراب في النمو النفسي حيث يحصل لديه اضطراب في تكوين الأنا والأنا الأعلى .

وقد أكدت دراسة « جون بولبي » أن اضطراب كثير من البالغين يرجع أساساً إلى العلاقات المضطربة التي تكونت بسبب انفصال الأطفال في سن طفولتهم المبكرة عن الأم .

كما أن شعور الأطفال بأنهم مهملون ومتنبهون وخاصة في المراحل الأولى من حياتهم يؤثر تأثيراً بالغاً في توافقهم النفسي .

بالإضافة إلى ذلك فإن إغراط الأبوين في التسامح مع الأبناء يؤدي إلى آثار سلبية في التكوين النفسي للطفل ، إذ يكبر الطفل في العمر ويسلك سلوكاً يدل على أنه ما زال صغيراً . إن مثل هؤلاء الأطفال لا يستطيعون الابتعاد عن أمهاتهم فهم يريدون من الأم أن تكرر كل وقتها لهم من الصباح حتى المساء ، فهؤلاء الأطفال لم يتعودوا الإحباط والفشل في حياتهم ، وعندما ينتقلون إلى عالم الواقع يصطدمون بعواقب كثيرة مما يترتب على ذلك التعرض إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق .

كما أن حرمانه الآباء وقسوتهم لدرجة أن كلمة « لا » تكون دائماً على لسانهم ، بالإضافة إلى أنهم يطلبون من أبنائهم القيام بأعمال صعبة تفوق طاقتهم مما يجعلهم يشعرون بالعجز والقصور ويوقعهم في الاضطراب النفسي ويؤدي إلى سوء توافقهم .

زد على ذلك أنَّ طموح الآباء الزائد وشعورهم بالضيق عندما لا يستطيع  
 أبنائهم أن يحققوا ما يصبون إليه ينتج عنه أن يُصاب الآباء بنوع من البلاهة  
 العاطفية ، ويحدث لديهم رغبة في المقاومة السلبية . وكلما زاد الآباء دفعا لأبنائهم  
 كلما تخاص الآباء وزادوا من رغبتهم في التخلف . ودفع الطفل إلى عمل من  
 الأعمال دون مراعاة لقدراته وإمكاناته يعرضه للفشل مما يؤدي بالطفل إلى الشعور  
 بالنقص ويعرضه للاضطراب النفسي وسوء التوافق .



## الفصل الرابع :

### اهم الامراض النفسية عند الأطفال

— مقدمة

أولاً : الفلق .

ثانياً : الخوف .

ثالثاً : عصاب الوسواس القهري .

رابعاً : فصام الطفولة .

خامساً : الاكتئاب .

سادساً : الاستجابات المستثيرة .





## الفصل الرابع

### أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

— مقدمة :

تعتبر الأمراض النفسية مجموعة من الاضطرابات المرضية الشائعة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تعتبر مظاهر عارضة لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية (بركات ، ١٩٧٨ ، ص ٨١٧) . وقد دلت بعض الدراسات ( Kest, D.B. 1974 ) أن حوالي ١٠ ٪ من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون من مشكلات جدية من عدم الشعور بالأمن على نحو يؤثر في قائلتهم. ويشمل هذا النوع من السلوك حالات القلق ، والخوف والتخلفات اعتبار الذات ، والاكتئاب وإيذاء الذات ، والحساسية الزائدة للنفذ ، والحجل والقهرية . . . ، وفي الوقت نفسه تبقى شخصية الفرد متسكة متكاملة بحيث يكون الفرد قادراً على استبصار حالته ، والتحكم في سلوكه إلى حد كبير ، كما يظل أيضاً قادراً على تحمل مسؤولياته والقيام بواجباته كمواطن .

هذا وقد تعددت تفسيرات الأمراض النفسية ، فمنهم من رد هذه الأمراض إلى الوراثة باعتبار أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية وأنها وجهة نظرهم هذه بأن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم المتشابهة أكبر منها لدى التوائم الأخوة .

كما أن البعض رد هذه الأمراض إلى العوامل البيئية ، ويرى « أدولف ماير » Adolf Mayer أن مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان للاضطرابات النفسية . ويرى المنهج الوجودي أن الخبرات الذاتية للفرد وخبراته بعالمه وبالناس حوله من العوامل في نشأة الاضطرابات النفسية .

كما أن علاقة الطفل بوالديه هي السبب في ظهور الأمراض النفسية عند الطفل ، خاصة إذا لم يتوفر له في الأسرة الحب والعطف والأمن والأمان والاستقرار . وهناك الاتجاه الذي يأخذ بدور كل من عاملي الوراثة والبيئة في نشأة الأمراض النفسية والذي يبنّاه علماء المدرسة السلوكية أمثال « جوزف وولبي وآيزنك وريخان » إذ يرى آيزنك أن الأمراض النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خلطة بتأثير تفاعل عاملي الوراثة والبيئة ، وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لتخفف من آلام القلق في ظروف خاصة .

هذا وقد تعددت طرق العلاج النفسي لهذه الأمراض النفسية بتعدد وجهات النظر التي تفسر هذه الأمراض . وسوف نتعرف فيما يلي على أهم هذه الأمراض وأكثرها شيوعاً وانتشاراً عند الأطفال وهي :

## أولاً : القلق Anxiety :

### طبيعة القلق ومظاهره :

يظهر القلق حينما يواجه الفرد بالفجوة بين ما هو عليه وما يتمنى أن يكون عليه . ويمثل القلق حالة توقع للخوف ، ومن الشعور بعدم الارتياح والاضطرابات والهجم المتعلق بالمستقبل ، فالقلق عند الطفل يبدأ بتجربة واقعية كحالة القلق لا يستطيع تقاؤها . وقد يستطيع هذا الطفل تحمل الآلم والضيق الناتج عن تجربة القلق إذا كانت حالة مؤقتة وسرّوّل . فالأطفال في سن الثالثة من العمر يظهرون شعوراً بالقلق تجاه الأذى الجسدي ، أو فقدان حب الوالدين أو الاختلاف من الآخرين . كما أن مشاعر القلق المتعلقة بأخطار متصلة من الأمور الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويبلغ أوجه لها بين عمر سنتين وست سنوات ، عندما يفكر الطفل بخطري حقيقي أو متخيل ، ومن الأعراض التي نشاهد عند الطفل القلق : التهيّج ، البكاء ، الصراخ ، وسرعة الحركة ، والوسوس ، والأرق ، والأحلام المزعجة ، وفقدان الشهية للطعام ، والتعرق ، والغثيان ، وصعوبات التنفس ، والتقلصات اللاإرادية ( شيفر وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

ففي كل مرحلة من مراحل نمو الطفل تظهر لديه حاجات خاصة ، إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها القلق . من هذه الحاجات الحاجة إلى الطعام ، وهي حاجة

عضوية فسيولوجية نفسية لديه بها الأم، كما يدخل الطفل فيها بين عمر عام وثلاثة أعوام في نوع جديد من التفاعل مع الكبار، وبعد أن يتعلم ما هو مرغوب ومقبول يبدأ في ضبط سلوكه وتنويعه قوة الضمير. وتظهر عنده حالات القلق عندما يواجه مواقف تصارع فيها نزعات الخير مع الشر والصواب مع الخطأ.

### آثار القلق :

#### أ - القلق والتحصيل الدراسي :

يُعد القلق في صورته البسيطة بمثابة الدافع للإنجاز والتحصيل، ولكنه عندما يشتد يكون له أثر سلبي بالنسبة إلى هذا التحصيل.

ويرى سوليفان Sullivan ( ١٩٥٣ ) : أن القلق في أي سن بعد عاملاً معوقاً في التنظيم، كما وجد مكائد ليس وكاستادا ( ١٩٥٦ ) أن القلق يخفض من الوظائف العقلية للعقل وكذلك من قدرته على الانتباه، وأن جهوده تتحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يجد نفسه قاصراً عن التعامل مع واجباته الأخرى بنجاح.

كما بينت دراسات أخرى وجود ارتباطات سلبية بين القلق والذكاء والتحصيل الدراسي والتي تتزايد في للدرسة الابتدائية Sarason & Zimbardo ( ١٩٦٤ م ). كما بينت الدراسة التجريبية التي قام بها Cotler ( ١٩٦٩ م ) على تلاميذ الصف الرابع حتى السادس الابتدائي أن الأطفال الأكثر قلقاً يقرأون ببطء وبطريقة غير صحيحة بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال غير القلقين فيما يتعلق بالقراءة الشفهية. وهذا يدل على أن الأداء الشفهي والتنميط والقراءة الشفهية تحدث اضطراباً إفعالياً لدى الأطفال الأكثر قلقاً بسبب الضغط الناتج عن ذلك.

وقد دلت الدراسات أيضاً أنه يوجد ارتباط موجب بين الدرجات العالية في التحصيل الدراسي والقلق المنخفض، كما يتصف الأفراد ذوي القلق المرتفع بالميل إلى العزلة والانطواء، بالمقارنة مع الأفراد ذوي القلق المنخفض الذين يتميزون بالميل إلى الاجتماع والاشتراك في الأنشطة المختلفة.

فالقلق في صورته الشديدة يكون له أثر سلبي في تحصيل التلاميذ في

مراحل التعليم المختلفة ويكون ذلك واضحاً أكثر عند الإناث منه عند الذكور ، ويمكن أن يرد ذلك إلى الحساسية الإنفعالية التراثية التي تتميز بها الإناث من الذكور .

### ب - القلق والتكيف :

من خلال الدراسات العديدة تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً قد رتبهم للمدرسون على أنهم أقل قدرة على التكيف من زملائهم ، والذي يظهر من خلال عدم الاستقرار والتقص في الانتباه وعدم الرغبة في الجلوس بشكل هادئ داخل حجرة الصف ( الفصل ) ، ويذكر المحللون النفسيون أن الأولاد والبنات يتعاملون داخل القلق بصورة مختلفة .

فالبنات يوجهن ميكانزمات دفاعهن نحو الذات ، على شكل أحلام بظلمة ، في حين أن الأولاد يوجهون دفاعاتهم نحو أشخاص آخرين أو موضوعات أخرى والتي يمكن أن تظهر على شكل مقاومة وعصيان ( منصور ، ١٩٨١ م ) .

### ج - القلق ومفهوم الذات :

أكدت الدراسات على وجود علاقة بين مفهوم الذات والقلق ، فالأطفال ذوي مفهوم الذات الموجب يكونون أقل قلقاً من الأطفال ذوي مفهوم الذات السالب . ففي دراسة قام بها ليبزيت ( Lipsett ، ١٩٥٨ م ) على ٣٠٠ طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي من الذكور والإناث وجد أن الأطفال ذوي مفهوم الذات الموجب أقل قلقاً سواء بالنسبة إلى الذكور والإناث ، وتوصل إلى أن العلاقة بين مفهوم الذات والقلق ذات دلالة إحصائية هامة . كما دلت الدراسات وخاصة دراسة ( Horowitz ، ١٩٦٢ ) التي أجريت على عينة من الأطفال من الصف الرابع حتى السادس الابتدائي : أن الطفل الذي يعاني من القلق يميل إلى أن يكون مفهومه عن ذاته ضعيفاً .

### أسباب القلق عند الأطفال :

#### أ - أسباب وراثية وفسولوجية :

تلعب العوامل الوراثية دوراً في نشوء القلق ، حيث يولد الطفل مزوداً باستعداد عام للقلق ، فقد دلت الدراسات على وجود تشابه في الجهاز العصبي

الإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم « التوائم القلق » .  
كما أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من  
المرض نفسه . كما وجد سليتر وشيلدرز ( ١٩٦٣ ، ١٩٦٦ م ) أن نسبة القلق بين  
التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ أما لدى التوائم غير المتشابهة فتصل إلى ٤ ٪  
نقط .

بالإضافة إلى ذلك فإن عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة يُعتبر أحد  
أسباب نشوء القلق لديهم . كما أن الاضطرابات الهرمونية العصبية « هرمونات  
السيروتونين ، والنورادرينالين » تساهم هي الأخرى في إحداث استجابة القلق .  
أسباب نفسية :

تتعدد مصادر الأسباب النفسية المؤدية إلى القلق عند الأطفال كما تتعدد  
التفسيرات القائمة على أسس نفسي والذي يبين حالات القلق عند الأطفال ،  
فدوتوربانك ( Otto Rank ) يرى أن القلق ينشأ عن صدمة الميلاد ، الناجمة  
عن انتقال الطفل من المكان الذي كان يتم فيه بالدفء والسعادة إلى عالم المثيرات  
الخارجية المزعجة .

أما كارن هورلي فترى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ عن كبت الطفل  
لرغباته العذائية نحو والديه ، ويحبر عن ذلك بسرعة اعتزاضه وعناده وميله إلى  
التخريب . أما « أريكسون » الذي يقيم نظريته على أسس نفسي اجتماعي فيرى  
أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يلقاه من مثيرات  
مؤلة من ذلك العالم .

أما « مورر » Mowrer ( ١٩٥٠ م ) فيرى أن القلق ناتج عن أفعال  
ارتكبتها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها .

القلق يمثل عدم شعور الطفل الداخلي بالأمن والذي ينجم أحياناً من النقد  
ال مستمر من قبل الراشدين والزملاء والذي يؤدي إلى التوتر والاضطرابات .

فالقلق ينجم عن شعور الطفل بالذنب عندما يعتقد أنه تصرف على نحو  
سيء ، ومن توقع العقاب نتيجة لهذا التصرف . كما أن الطفل الذي يكثر من  
تأجيل واجباته يستغند طاقته بمشاعر القلق .

كما أن الإحباط الزائد للطفل يؤدي إلى مشاعر القلق عنه ، ولا يتمكن الطفل هنا من التعبير عن غضبه بسبب اعتياده على الراشدين مما يؤدي إلى الشعور بالقلق . كما أن شعور الطفل بعدم القدرة على الوصول إلى كثير من أهدافه وتكوين فكرة عن نفسه بأنه لا يؤدي عمله بشكل جيد في المدرسة أو قد يشعر بأن علاقته مع الكبار أو الأصدقاء أو الأخوة ليست كما يجب ، أو قد يكون لديه شعور بارتفاع في مستوى الأهداف أو تدني في مستوى تقييم الذات مما يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق .

ونشأ لدى الطفل حلقة مفرغة تتكوّن من الشعور بالإحباط ، القلق ، التردد ، اليأس ، الاضطراب ، فالطفل الذي يعاني من القلق للزمن يصبح القلق عادة لديه ، وتتراكم عليه دون أن يحل وهو يفكر :

« عندما تنتهي مشكلتي سوف يتوقف القلق » ، وبدلاً من أن يفعل شيئاً يحال المشكلة باستمرار بالتفكير فيها فيزداد شعوره بالتوتر والإحباط ويحس باليأس .

### ٣ - العوامل البيئية والاجتماعية :

كما سبق وأسلمنا من حديث ، فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن سيكتون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق . فقد دلت الدراسات أن الآباء القلقين يكون أبنائهم قلقين ، حيث يتعلم الأطفال القلق من والديهم ، فالأم القلقة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي إشارات القلق ، فكان الطفل يتأخّر انفعالياً مع أمه .

فالقلق يثير أنواع معينة من الاضطرابات الانفعالية في الشخص الذي يتفاعل معه الطفل .

ويرى سوليفان Sullivan ( ١٩٥٣ ) أن عقاب الوالدين وتأثيره وما يسببه من ألم للطفل من الأمور التي تساعد على نشأة القلق لدى الطفل .

كما أن الرعاية الوالدية والعلاقات التي تقوم بين الوالدين والطفل تشكل عاملاً هاماً في نمو القلق لدى الطفل ، فقد بين كاغان Kagan ( ١٩٥٦ م ) أن عدم وجود نموذج ذكري أبوي واضح يتطابق معه الطفل يعرقل تطابق الدور الجنسي ويكون ذلك سبباً في نشأة القلق .

بالإضافة إلى ذلك يؤدي توقع الراشدين للكيل من قبل الطفل إلى ظهور استجابات القلق عنده نتيجة عدم الوصول إلى مستوى هذه التوقعات كون المعايير التي يرمسها الراشدون مرتفعة جداً والكبار لا يرضون عن أي شيء .

## الوقاية والعلاج :

هناك عدة إجراءات لا بد من اتباعها في الوقاية والعلاج من القلق من ضمنها :

أ - العلاج الطبي : قبل البدء بإجراءات العلاج النفسي ، وفي حالات القلق الشديد عند الأطفال ، يمكن استخدام بعض المهدئات مثل الليبيريوم والفاليوم ، أو إعطاء بعض العقاقير الخاصة بالمحرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ مثل : أليسانيد ، ولثلاربلان ... إلخ ، كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل ( درجة الحرارة ) ضغط الدم .

ب - العلاج النفسي : يقوم هذا النوع من العلاج على مجموعة من الإجراءات منها :

### ١ - العمل على تطوير قدرة الطفل على فهم ومواجهة المشكلات :

إن معرفة الطفل للعلاقة السببية بين الأحداث ، يمكن أن تقلل من القلق ، وتمكنه من اختيار أفضل الأساليب لحل المشكلات التي يواجهها ، فالقيام بالعمل هو أفضل من التوتر والقلق .

ولهذا لا بد من تعليم الطفل بأن عدم النجاح هو أفضل بكثير من عدم المحاولة ، ولأن الفشل والتوتر يمكن تحملها عندما يشعر الفرد بأنه قد بذل جهوده ، وتتكوّن الثقة لدى الطفل عندما يفهم كيف يتعامل مع المشكلات ويحلها ، فالتعامل مع التوتر هو نوع من المشكلات ، ويجب أن يتعلم الطفل كيفية تحليل موقف التوتر ، وأن يساعد في تحديد ما الذي ينبغي عمله .

فبعض المواقف تتطلب أسلوباً هادئاً وصبوراً ، وبعضها يتطلب سرعة في اتخاذ القرار ، وعلى الآباء تعليم أبنائهم كيفية التمييز بين المواقف المختلفة وكيفية

القيام بالعمل المناسب لطبيعة الموقف .

## ٢ - لا بد من تقبل الطفل وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة :

لا بد للآباء من أن يهتموا ببناء أساس من الشعور بالأمن عند الطفل منذ طفولته المبكرة وإبعاده عن كل ما يخيفه ، وأن يحدوه الابتعاد بعض الوقت عن المنزل بحيث يزداد هذا الوقت تدريجياً . ومن الضروري أيضاً تجنب الحدة في النقاش مع الطفل ، وأن يتم الحديث معه في مواقف بعيدة عن التوتر عندما يكون في وضع نفسي يشعر فيه بالأمن والأطمئنان .

ومن المستحسن أيضاً أن يتم تعيم الطفل من قبل الراشدين اللذين يتصفون بالهدوء والثبات الانفعالي ، وأن يذكر للطفل بأن هناك الكثير من المشاكل في الحياة والتي ينبغي أن يتم توقعها والتعامل معها ثم نسيانها ، لأن الاتصال بالمشكلة والشعور بضرورة الوصول إلى حل كامل بشأنها يؤدي إلى الشعور بالقلق وقد يوصل إلى طريق مسدود .

## ٣ - تشجيع الطفل عن الانفعالات :

إن التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل يعمل كمضاد لحالات القلق التي يعاني منها، لذلك يمكن عقد جلسات أو مناقشات أسرية يعبر فيها كل عضو عن مشاعره وأحاسيسه وحلوقه بحرية تامة مما يساعد على التفريغ الانفعالي للشحنات التي يعاني منها الفرد ويساعده على تهدئة مشاعره نحوها وتصبح أقل تأثيراً في سلوكه . واللعب بالنسبة إلى الطفل من الوسائل الهامة التي يعبر من خلالها عن انفعالاته ويمكن اختيار ألعاب تتضمن أسئلة مفتوحة مثل : « كيف يشعر الأطفال عندما يكون للدرسون متشدين كثيراً ؟ أو ماذا يمكنك أن تفعل لو تعطاك شخص وأنت تنتظر دورك في صف ؟

## ٤ - تدريب الطفل على الاسترخاء :

لا بد في حالات القلق التي يشعر بها الأطفال أن يدرّبوا على القيام باستجابات الاسترخاء ، حيث يتعلمون كيف يتنفسون بعمق وإرخاء عضلاتهم بشكل تدريجي منظم ، فالتدريب على الاسترخاء هو مضاد للقلق .

ويعد أن يتعلم الطفل الاسترخاء ويتدرب عليه يمكن استخدام طريقة



الاسترخاء بالإشارة *en-controlled relaxation* ، حيث يدرب الطفل على قول كلمة أو عبارة تساعد على الاسترخاء مثل ( اهدأ ، واسترخ ، هون عليك ) وبعد اختيار هذه الكلمة أو العبارة يمكن ترديدها في أثناء الاسترخاء .

ويمكن أن يتم الاسترخاء مع تخيل الطفل لمواقف مثيرة للقلق ، ويكون مفيداً في أثناء إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر وتستخدم كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها في أثناء الاسترخاء ، وعندما يتعلم هذه الخطوة يمكن للطفل أن يسترخي بنفسه عندما يواجه مواقف مثيرة تبعث على القلق .

## • استخدام طرق أخرى في مواجهة القلق :

يمكن في أثناء الاسترخاء أن يتخيل الطفل بعض المشاهد السارة التي تبعث على الهدوء ويسمى هذا بالتخيل الإيجابي ، كما أن التنفس البطيء العميق من خلال الأنف من الطرق المفيدة في التغلب على القلق .

كما يمكن للطفل عندما يشعر بالقلق أن يقوم ببعض النشاطات مثل : قراءة كتاب أو قصة أو يصغي إلى الموسيقى أو يتصفح بعض الصور الفنية الجميلة ، أو يقوم بالرسم ، أو ينشغل بأي تدريب أو فعالية ممتعة ... فالفعاليات الممتعة تشكل مضادات للقلق .

كما أن الاستحمام بالماء الدافئ يساعد في الاسترخاء ويخلص الطفل من مشاعر القلق ، ومن الطرق المساعدة الأخرى أن يعمل الفرد على إهمال ما يثير القلق ، كما أن التركيز في مشكلات معينة والتي تسبب القلق عند الطفل قد يكون فعالاً لأن التعاطش مع المشكلة والتفكير فيها بعمق وبشكل متكرر يجذب مشاعر الطفل الانتعالية نحوها ويجعلها أقل إثارة لمشاعر القلق عنده .

## ثانياً : الخوف :

### مقدمة :

تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف ، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف وما يتصل به من حالات القلق والاضطراب النفسي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية والتي تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين.

فالخوف انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر . فالخوف يتضمن حالة من التوجس تدور حول خطر معين له وجود واقعي .

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات ، وبالتغير مع التقدم في العمر ، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى .

وتشير دراسة هورلوك Hurlock ( ١٩٨١ ) إلى أن المخاوف تُعتبر مكتسبة رغم تمايزها واختلافها من مرحلة لأخرى في الطفولة بعكس الانفعال الذي ساد قديماً عند الإنسان وتلاميذه والذي يرى أن المخوف عند الأطفال حديثي الولادة فطري .

كما أظهرت الدراسات أيضاً أن شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة ، وبالتوافق التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والقتل من جهة أخرى ( عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، عن Sanders ١٩٧٣ ) . ويؤكد روتر Rutter ( ١٩٨٠ ) أن هناك علاقة بين مخاوف الأطفال وعصرهم الزمني ، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تظل كاسية لعدة سنوات ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وقيل البلوغ .

كما أظهرت دراسة عبد الفتاح ( ١٩٩٢ ) على عينة من الأطفال المصريين الثواجددين في دولة الإمارات العربية المتحدة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١ بين الذكور والإناث في الخوف ، حيث وجد أن الخوف عند الإناث أعلى منه عند الذكور . وهذه الدراسة توافقت مع ما توصل إليه غيري ( ١٩٩١ ) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مخاوف الأطفال الذكور والإناث ، فقد وجد أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بدرجة دالة إحصائية وذلك في دراسة قام بها على الأطفال اليمنيين .

وبالإضافة إلى تأثير مخاوف الأطفال بالجنس ، فإن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي ، وكذلك عوامل هامة تؤثر أيضاً في مخاوف الأطفال .

وسوف نتحدث فيما يلي عن ثلاثة أنواع للمخاوف التي تظهر عند الأطفال وهي :

#### أ- الخوف الطبيعي :

وهو شعور أو إحساس الطفل بالخوف ، ويكون طبيعياً ويظهر كرد فعل لمؤثر « مثير » خارجي يتخذ الطفل لإزائه أسلوباً وقتياً أو دفاعياً . فمخاوف الأطفال هي مخاوف محسوسة والمتصودة هنا للمخاوف الحقيقية ، وأسبابها حقيقية وواقعية يعبر عنها الطفل بسهولة ووضوح . فهي حالة انفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو الملتزمة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها . ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقية الطبيعية : الخوف من الظلام ، والأصوات المرتفعة ، والمرض ، والوحوش ، والحيوانات ، والمرتفعات ، والغرياء ، والمواقف غير المألوفة والرعْد والأشباح . . . والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل أكبر فيها بين سنتين وست سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرياء .

وإن حوالي ٥٠ ٪ من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعْد والأشباح .

كما بينت الدراسات أن مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وأربع سنوات وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات ثم تختفي في عمر تسع سنوات . وبناء على هذا فإن حوالي ٩٠ ٪ من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي .

فالخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء حيث يعتبر مصدر تنبيه إلى مصدر الخطر ويعد الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر . فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان .

فالأحلام في أغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه الطفل وما يجتهد وتعمل كراشدين على العمل لتخليص الطفل من هذه المخاوف . فالخوف عند الطفل يكون طبيعياً إذا كان من أشياء غريبة تدفعه إلى الحذر والحيلة من هذه الأشياء تجنباً لضررها .

## ب - المخاوف المرضية :

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف ، وتكون شديدة ، وتستمر لفترة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص .. وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض النفسجسمية عليه مثل : القيء ، والإسهال ، والاضطراب في التنفس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتبول اللاإرادي ، وتقلصات في الأحشاء الداخلية ، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية .. ومن هذه المخاوف : الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة ، ومن الحيوانات والحشرات . ولهذا فلا بد أن تُعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد .

ويرى سوين ( ١٩٧٩ ) أنَّ المخاوف المرضية شائعة بين الأطفال ، وتعد من بين أكثر الأعراض العصبية شيوعاً . كما يرى زهران ( ١٩٧٤ ) أنَّ المخاوف المرضية تمثل حوالي ٢٠ ٪ من مرضى العصاب .

في حين بيّنت إحدى الدراسات أنَّ الخوف من الكائنات الخرافية ( الأشباح ) وغير ذلك من كائنات خرافية يكون موجوداً لدى ٢٠ ٪ من الأطفال من سن خمس سنوات إلى ١١ سنة .

والجدير ذكره أنَّ الفرق بين الخوف والخوف المرضي ، هو فرق في درجة الخوف .. فالخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من أشياء لا تسبب الخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد الخائف ، أو يظهر خوفاً مبالغاً فيه من أشياء لا يخاف منها غيره . والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمكان معين أو إنسان أو أشياء وتستمر لعدة سنوات عند الشخص .

أما المخاوف العادية فهي التفاعلات التي تثيرها المواقف الخطرة أو المثلثة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها . فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً .

كما تختلف المخاوف المرضية عن القلق بالرغم من أنَّها شكل من أشكال

القلق العصبي . فالقلق خبرة انفعالية مؤلمة وغير محددة المصدر كما يصعب تجنبها ، وعندما يحاول تجنبها فهو يزيح هذا القلق أو يسقطه على موضوع آخر خارجي ( الطيب ، ١٩٧٧ ) .

#### ج - المخاوف المدرسية :

يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى المحبة ، والثناء ، والاعتماد على النفس والحياة الاجتماعية . ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة ؟

يرى الطبيب النفسي الألماني Lemp ( ١٩٧٠ ) أن الأطفال لا يصبحون مرضى بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك ، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل ( ١٢ ) طفلاً واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال . ويرى آخر ( بروفسور في الصحة النفسية ) أن من بين كل ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم معانٍ من مشاكل مدرسية مثل الرسوب ، الصداع ، الآم في البطن ، وقضم الأظفار ، والحركة الزائدة ، وتشتوش الإدراك ، والاضطرابات السمعية والبصرية ، والاضطرابات اللغوية وغيرها والتي تزول في أثناء الإجازات للمدرسة .

فقد ذكرت التقارير أن حوالي نصف مليون طالب يرسم سنوياً في ألمانيا الغربية ، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار ، أو النكوص إلى عادات سلوكية طفلية في سن يكون قد تخلص من هذه العادات . بالإضافة إلى ذلك فإن حالة الذعر تسيطر على الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب على المعالجين والمرشدين النفسيين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة ( عبد الرازقي ، ١٩٨٧ ) .

ويرى شيلبرجر Spielberg ( ١٩٨٠ ) أن الأفراد الذين يُعانون درجة عالية من قلق الاختبار يدركون المواقف على أنها مهددة للشخصية ، وهم في مواقف الامتحان غالباً ما يكونون متوترين ، وعائقين ، وفي حالة إثارة انفعالية مما يشتت انتباههم وتركيزهم في أثناء الامتحان .

كما أشار الطبيب شيلبرجر ( ١٩٨٠ ) أيضاً إلى أن نسبة الإناث أعلى من الذكور في مستوى قلق الاختبار .

كما أشارت دراسة آيزنك وراخان Eysenck & Rachman ( ١٩٦٥ ) إلى

أن حوالي ٢٠ ٪ من طلاب المدارس يعانون من قلق الامتحان بدرجات متفاوتة .  
كما دلت الدراسة التي قام بها بنيامين وآخرون Benjamin , et. al ( ١٩٨١ ) ، أن الطلاب الذين يعانون بشكل كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية ، ويصابون مشكلات في تعلم المواد الدراسية ، وفي تحديد العناصر الهامة في تمارين القراءة .

وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمن ، والخوف غير العادي مما يؤدي إلى ضعف في تركيزه ، وقلقه في أثناء النوم ، وتشوش في أثناء الدراسة مما يضعف الاستعداد للامتحان .

بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك المدرس ينعكس على تلاميذ المدرسة . فالتلميذ غير الشاوق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيلياً ضعيفاً نسبياً ، ويؤثر سلوكه سلباً في القصل الدراسي . إذ كلما زاد الخوف من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلميذ ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك جودنغ ( Goodenough ) .

### الأسباب :

فيما يلي من حديث سوف نتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى المخاوف المرضية بشكل أكبر خاص لأن أسباب الخوف الطبيعية عند الأطفال معروفة وواقعية ويمكن الكشف عنها بسهولة في حين أن الأسباب الكامنة وراء المخاوف تكون أكثر تعقيداً ولذا نخصها بالذكر . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

#### ١ - الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة :

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة بموقف مؤلم خيف كان يذهب الطفل مع أمه أو أبيه إلى المستشفى ، ويشاهد هناك الطبيب يقوم بعمل يثير الألم الشديد عند الطفل أو يرى الدم يتزف من طفل في المستشفى فيقوم الطبيب بخياطة الجرح والعقل يصرخ ويتألم .

وهذا المنظر المؤلم والمفزع لدى الطفل الذي حضر مع والده إلى المستشفى بسبب له فيما بعد خوفاً من رؤية الطبيب أو حتى مجرد سماع اسمه لأن مشاهدته ترتبط عند الطفل بموقف مؤلم .

كما أنَّ الخبرة الصادمة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخوف من جميع الكلاب وجميع الحيوانات ذات الفراء .

كما أنَّ خبرة الطفل في الحزام وانزلاق رجله في الماء أو حرارة الصابون المبتين تؤدي إلى تطور الطفل من الحزام والخوف من الاختصال نتيجة هذه الخبرات للؤلؤة .

## ٢ - تخويف الأطفال :

قد يلجأ الوالدان إلى أسلوب تخويف الأطفال إذا تأخر الطفل مثلاً عن النوم بعد دُعائه للفراش فيلجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنه سوف يحضر له أحد الحيوانات المفترسة أو أنَّ هذا الحيوان المفترس ينتظر خارج الباب ويئته سوف يأكله إذا لم ينام . . فكيف مثل هذا الطفل أن ينام نوماً هادئاً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه ؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان ينتظره ؟

كما يخاف الطفل من الكلب إذا خوّفه والده منه ، أو قصّ عليه قصصاً عن الكلب المفترس ، وهكذا فإنَّ هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد ، ويستجيب لأمه وهو يتألم من الخوف ، والذي يمكن أن يعممه على الحيوانات الأخرى المشابهة . ويبقى هذا التأثير إذا لم يعالج يؤثر في شخصيته حتى نهاية الحياة . . لهذا فإنَّ حشو دماغ الطفل بمثل هذه الحرافات والأوهام وإرهابه بالحيوانات المفترسة والأشباح والشعوذة يجعله يقضي الكثير من وقته في التفكير في هذه الحرافات مما يبدد طاقته الذهنية في أمور لا جدوى منها .

## ٣ - التقليد :

يتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الأخوة أو الزملاء . وقد دلت الدراسات أنه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحد من الوالدين حل الأقل مصاب بمخاوف شديدة . . فالأم التي تخاف من الحشرات والعراصير والمرتفعات يصيبه ما أصابها من قلق أو خوف عند رؤيته مثل هذه الحشرات أو صعوده إلى تلك المرتفعات . فالخوف انفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماماً مثلما يتعلم أخلاقه أو مبركه أو اتجاهاته المختلفة ( هرينج ، ١٩٨٧ ) .

فالأطفال يكتسبون مخاوف والديهم عن طريق عمليات التقمص أو التعلم بالملاحظة .

كما يلجأ أحد الوالدين إلى رواية مخوفه أمام الأطفال أو أحدهم عن حيوانات معينة مما ينعكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف . . كما أن الآباء الذين يخافون من عدم مقدرتهم على مواجهة مؤثرات الحياة يسهمون في تطوير نظرة إلى العالم قائمة على الخوف لدى أطفالهم . فقد أقر أغلب المرضى المتقدمين في السن والذين يعانون من مخاوف في تقاريرهم أنهم عانوا من الخوف أثناء طفولتهم ، وغالباً ما كانت أمهاتهم يعانين من مخاوف في طفولتهن ( عبد الرازق ، ١٩٨٧ ) .

ولهذا ، فإن مخاوف الأطفال التي يتم تعلمها من هذا الطريق تكون على درجة خاصة من الثبات أو البقاء .

٤ - المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والفيديو والكتب المصورة :

تحتوي مشاهد التلفزيون وأفلام الفيديو والكتب المصورة على جميع أشكال العنف ، والتأثير السلبي مثل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيد من الخوف والعدوان لدى مشاهدي العنف .

فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون من تلقا عهدهم ما بين ٧ - ١١ سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يشاهدون هذه البرامج .

فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسفك دم وممارسة اعتداء ووحشية أو غطب أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رآه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية ، وأن ما حدث للطفل أو للأطفال أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له .

ولهذا يصاب الطفل بالخوف ويرفض النوم وحده في الغرفة المظلمة خوفاً من أن يسه الأذى الذي شاهده في الفيلم ، لأن الطفل بعد مشاهدته لفيلم مزعج يبدأ بالاعتقاد بأنه سوف يهاجم في غرفته بواسطة الشخص الذي في الفيلم .



## ٥ - الخوف المرضي :

قد يكون الخوف المرضي - من وجهة نظر فرويد - وسيلة هروية لحياة الشخص من الإقصاد عن رغباته الكيوتة أو الاعتراف بحقيقة مشاعره . . . فالخوف هنا عبارة عن وسيلة دفاع لحيلة الفرد من رغبة لا شعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية غالباً ، أو أنه يتعلق بكم غير ظاهر أو رغبة دنيئة .

## ٦ - المخاوف :

تنشأ المخاوف - حسب رأي للدرسة السلوكية - عن طريق التعلم . فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم ينسى كيف تم هذا الربط . فتعلم الطفل ( ألبرت ) للخوف حسب ما ذكره ( واطسن ) والذي لم يكن يخاف من القتران البيضاء ، علمه واطسن الخوف منها بأن قدم له قرأ أبيض وقرع من خلفه قضيبين من الحديد فخاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنها .

ويتكرر العملية ربط الطفل بين القار الأبيض والصوت المزجج مما أدى إلى تعلم الطفل الخوف من القار الأبيض وعمم هذا الخوف حتى أنه أصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

## ٧ - الأسباب الأسرية :

والظروف الأسرية للضطربة والتي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى شعور بعدم الأمن . فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف ، وتتطور هذه المشاعر وتندمج عند الطفل لتصبح على شكل خوف مرضي .

بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التربية المتزمتة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن أن توجد الخوف عند الأطفال . . . وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين .

كما أن توقعات الآباء البالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الخوف

من الفشل عند الأطفال ، فالآباء الذين ينزعون إلى الكمال الزائد كثيراً ما يُعاني أطفالهم من الخوف ، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويخافون من محاولة ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن نقد الأطفال الزائد يطور لدى الطفل شعوراً بالخوف بعدم القدرة على عمل الأشياء الصحيحة .

وهم يتوقعون دائماً الاستجابات السلبية مما يظهر لديهم الجبن والخشوع . . . كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة . . . فالطفل الذي يُكرر توبيخه لتوسيع ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يخاف من الانسحاق لديه ، وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الغرض أو عدم الانتظام .

### الوقاية من المخاوف المرضية :

يتفق الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم ( عند علماء التحليل النفسي ) وإزالة التعلم الخاطيء الذي واجهوه في البيت والمدرسة ( عند السلوكيين ) وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي ) .

وتتلخص أهم الطرق الوقائية من المخاوف المرضية فيما يلي :

- ١ - عدم تخويف الأطفال وكذلك عدم استغلال مخاوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .
- ٢ - تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية ، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم ، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء .
- ٣ - تشجيع الطفل على الاعتداد على نفسه ، وعمل المسؤولية حتى يتعود على الجراءة والإقدام .
- ٤ - تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد . . . ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجاً للهدوء والتناؤل والاستجابة بشكل مناسب .
- ٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على

طفلهما ، كلما قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه .

٦ - الإقلال من تحميل الآباء لآبائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس ، ولجعلهم هيازين جبنة ، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة .

٧ - إذا حدث ما يزعج الطفل ويغيبه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحدث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشأ مثل هذه المواقف .

٨ - لا بد أن توجد رقابة علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما يُذاع ويُنشر عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى نتجنب أضرارنا من الأضرار النفسية ( عودة ، وآخرون ، ١٩٨٤ ) .

### علاج المخاوف المرضية :

إذا تأصل الخوف عند الطفل وأصبح خوفاً مرضياً ، فإن الحديث المباشر مع الطفل على أن ما يخاف منه لا يُسبب له أذى ، كما أن حدث الطفل على التغلب على مخاوفه وتحقيرها لا يفيد كثيراً ، ولا بد من استخدام العلاج النفسي وقناته في علاج المخاوف المرضية ( القويما ) ، وأكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي :

#### أ - العلاج بالاستبصار : Insight Therapy :

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والده وأخوته وأصدقائه ومدرسته . . . بالإصافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين وللمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف ، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حد كبير .

#### ب - العلاج السلوكي : Behavior Therapy :

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك Behavior Modification ويتم

ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ، ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها ، وأهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج للمخاوف المرضية ما يلي :

#### ١ - خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف :

الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف ، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التلفزيون أو عن طريق التخيل . لذلك ينبغي عدم إجبار الأطفال على التزيت على كلب يخافون منه ، فالطريقة المثلى هي ترك الأطفال يراقبون كلاباً يتم إطعامها من وراء النافذة ثم يراقبون كلاباً في الغرفة نفسها ، ويقومون بإطعام الكلب بأنفسهم . فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشيئاً . ومن الممكن أن نقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب ، وأن نتاح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإقناع فحسب ، مما يؤدي إلى تناقص الخوف عند الطفل .

إن تقرب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف وهو مسترخٍ وفي حالة نفسية طيبة يجعل الموقف المؤلم ممتعاً وغير مؤلم مما يغير استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والعلمانية .

#### ٢ - ملاحظة نتائج الشجاعة مع التشجيع المبرور بالشرح اللفظي :

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية ، فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير الحائقين في المواقف المخيفة . . فالملاحظة تتمع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه ومثال ذلك : أن تعرض على الطفل أفلام كرتونية فيها الشيء الذي يخاف منه ، ويلاحظ أيضاً الأطفال الآخرين يشاهدونه وهم فرحون مسرورون . . . فيقوم الطفل بتقليدهم في سلوك الشجاعة هذا ويتخلل عن مخاوفه ويجعله يقبل على الموضوع المخيف بارتياح شأنه شأن غيره من الأطفال ، ومن المفضل في هذه الطريقة المزاجية بين

الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسدياً على مواجهة الموقف المخيف بالتدرج وذلك بوجود الوالدين . وهنا من شأنه أن يساهم في تهدئة الطفل .

فكلمات الشرح اللطيفة من قبل الوالدين تُعتبر إثابة للطفل من أجل كُف استجابة الخوف ليتعلم استجاباتٍ أخرى أكثر نضجاً .

### ٣ - الاسترخاء :

إنَّ استرخاء عضلات الطفل الخوف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (إشراط مضاد) . فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الإيجابي ، فالخوف من الظلام مثلاً يمكن أن يُشاد عن طريق الاسترخاء التام ، ويتم تدريب الطفل على فعالية الاسترخاء وهو في سريره أولاً ، ليستطيع استخدامه في المواقف المثيرة للخوف ، حيث يتمكن من الاسترخاء بمجرد الإثارة أو كلمة بسيطة مثل ( استرخ ) ، كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بغاعلية في أثناء وجوده في حمام دافئ مما يكسبه طريقة للتغلب على الخوف عندما يذهب إلى النوم فيقوم بإرخاء عضلاته ويتخيل نفسه في حمام دافئ .

ويمكن استخدام الاسترخاء مع خطئ الحساسية التدريجي من الموضوع المخيف للطفل بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إحاسنتها للطفل شيئاً فشيئاً ، ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من المشهد الذي يتم وصفه ، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لتهدئة الطفل عن طريق التنفس ببطء وانتظام وتتأقن مع العد ببطء أيضاً ، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي التام .

### ٤ - الإيحاء الذاتي :

إنَّ تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع الذات) بشكلٍ صامت يمكن أن يحسن من مشاعره نحو الموضوع المخيف .

فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها تبدو أكثر خوفاً ، في حين أن التفكير بإفكارٍ إيجابية تؤدي إلى سلوكٍ أهدأ . ومثال ذلك : « أستطيع أن أواجه ذلك » ، « إني أصبح أكثر شجاعة » ، « أزمة وقر » ، « كل شيء سيكون على ما يرام » ، « أنا بخير » ، « إنها مجرد تحيزات » ، « الوحوش لا توجد إلا في الأفلام وبعيداً عن

الناس ، ، « الرعد لا يمكن أن يؤذي » .

كما يمكن تدريب الأطفال على كيفية إيقاف أفكارهم المخيفة بمجرد قول ( توقف ) وبمضغ يقولون لأنفسهم عبارات إيجابية مضادة .

### ثالثاً : عصاب الوسواس القهري

#### : Obsessive Compulsive Neurosis

مفهوم عصاب الوسواس القهري ومظاهره :

يُصَلَّب عصاب الوسواس القهري « ثمناً عقلياً معيناً » ولهذا فإن هذا النوع من العصابات لا يحدث في الطفولة المبكرة ، بعكس حالات القلق والخوف التي يمكن أن تظهر بشكل واضح خلال هذه المرحلة . فالأطفال في الأعمار بين سنتين وسبع سنوات يقومون بأداء الألعاب أو تكرار الأقوال أو إجراء الطقوس بطريقة جامدة ، وفي عمر ١٢ سنة يأخذ الاتجاه المطلق بالتحول التدريجي إلى النسبية . وبالاكتفاء على خبرات التعلم والذكاء يصبح الأطفال أكثر مرونة ويفهمون أن القواعد ليست شيئاً مطلقاً وإنما هي معايير متفق عليها .

والوسواس القهري عند الطفل أكثر ظهوراً في عمر ٨ - ١٠ سنوات وما فوق ، وأكثر تكراراً في الفرد في مرحلة البلوغ والمراهقة .

ويذكر منصور ( ١٩٨١ ) أن أكثر من نصف حالات الوسواس القهري توجد عند من تقل أعمارهم عن عشرين عاماً ، كما أن ٢٠ ٪ من هذه الحالات توجد بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً . كما أن كثيراً من حالات عصاب الوسواس القهري تظهر فجأة ، ويعمل في تعجيلها ظهور حادثة جديدة في حياة الفرد ويظهر عند الذكور أكثر من الإناث ، ويظهر عصاب الوسواس القهري على شكل سلوك حركي أو فكري مستمر أو دوري يضمن وجود أفكار أو انفعالات أو مخاوف مع يقين الفرد بتفاهة هذه الوسواس ، وعدم معقوليتها ، وأنها لا تستحق الاهتمام ، ومحاولة الفرد مقاومتها والتخلص منها مما يترتب عليه الشعور بالعجز الاجتماعي والإلم النفسي .

كما يعاني المصاب من ضراغ دائم يُصاحب عملية تفكيره ، وبطالبيه للإعجاب فيما يتعلق بصحته نتيجة لما يعاني من إجهاد ناتج عن أعماله وقلقه ومهمومه

المتنوعة . وقد قُسمَ العالم الأثني « أشيكل » الوسواس القهري إلى ثلاثة أنواع : تسلط أفكار ، وتسلط أفعال ، وتسلط أفكار وأفعال .

ولعل ما يميز الوسواس القهري عند العاديين عنه عند المرضى أنه لا يمتد عند العاديين لفترة طويلة ، ولا يؤثر في سلامة التفكير بشكل كبير ، ومن السهل أن يزول مع الزمن والانشغال بالعالم أخرى . أما الوسواس القهري المرضي فيتحكم تماماً في الوظائف الشعورية ، ويلج على الفرد بصفة مستمرة ، مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد والفعل بطريقة معينة ، قد تستحوذ على الفرد دون أن يستطيع مقاومتها ، مثل الإكثار من غسل اليدين ، أو تبديل الملابس أو تفقد المكتبة ، أكثر من مرة قبل أن يغادر المنزل ودون مبرر لذلك . والجدير بالذكر فإن الكثير من ألعاب الأطفال يكون لها طابع قهري ، فطالب المدرسة الذي يعد درجات السلم في أثناء هبوطه أو تسلقه ، وكذلك الذي يقذف الحجر بقدمه عند عودته من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند ذعابه ، أو يسير خطوة على الرصيف وخطوة على الأرض وهو يعلم تفاهة هذه الأعمال دون أن يستطيع التوقف عنها .

والحقيقة فإن السلوك القهري أو الكيالية البسيطة ، إذا أحسن استخدامها ، يمكن أن تكون عوناً أكيداً للطفل .

فالتقل يمكن أن ينجح في إتجاز الكثير وكافاً من قبل الآخرين ، وينظر الكثير من الآباء والعلمين إلى الكيالية والترتيب كفضائل ، ولا يحملون على تعديل مثل هذه السيات . ولهذا يكون على الراشدين أن يوجدوا لدى الطفل نوعاً من التوازن بين المحرص على التفوق والكمال ، وبين البقاء كشخص مرن ، سهل التعامل مما يسمح له بالتكيف مع الصعوبات التي يواجهها .

### أسباب الوسواس القهري :

يُعتبر عصاب الوسواس القهري من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، فنسبته مثلاً ٢,٦ ٪ من بين المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بالقاهرة (تحكاشة ، ١٩٧٦) . وبالرغم من ذلك فإن له أسباباً منها :

## ١ - الأسباب الوراثية والقيسولوجية :

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري ، حيث وجد أن آباء الأولاد المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه وكذلك أحس الأعمى والأعمى ( عكاشة ، ١٩٧٦ ) . ويرى أنتوني Anthony ( ١٩٦٧ ) ، أن أكثر من نصف آباء الأطفال المصابين بمصاب الوسواس القهري هم أنفسهم مصابون به ، مما يشير إلى وجود عملية تقليد من الطفل لهذا النوع من السلوك العصبي ، فالمصاب بوسواس قهري كثيراً ما يوجد في أسرة يتكرر فيها هذا العصاب ( منصور ، ١٩٨١ ) .

وتشير الدراسات إلى أن للعامل القيسولوجي دوراً في وجود عصاب الوسواس القهري . فقد تبين أن هذا العصاب يُصيب الأطفال الذين لم يكتمل عندهم نضج الجهاز العصبي بعد ، كما ظهر لديهم أيضاً وجود اضطراب في رسم المخ الكهربائي . بالإضافة إلى ذلك فقد ذُهب البعض إلى أن الوسواس القهري ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ ، وهذه البؤرة تسبب حبس مكانها في النحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً .

## ٢ - الأسباب النفسية :

للشدات والضغوط النفسية التي يواجهها الفرد دور في تحويل الفائق والاكثاب إلى وسواس تدور حول المشكلات الجسمية التي يُعاني منها الفرد ، وتصبح بمثابة واجهة نسبية للتكيف اللاشعوري .

فالطفل في هذه الحالة يتجنب المصدر الحقيقي لعدم الارتياح بإنجاز سلوك آمن « من وجهة نظره » . فالصراعات والصعوبات الحقيقية عند الطفل لا تواجهه ولا تحل ويتم الانشغال عنها بالسلوك الوسواسي القهري . فأي شعور قوي يمكن إخفاؤه وتحويله إلى سلوك وسواسي قهري . ولهذا يصبح السلوك النمطي لدى الطفل هو تجنب المشكلات وعدم حل الصراعات وعدم التعبير عن المشاعر بوضوح مما يجعل الطفل يتسم بالآلية ، فهو يفي بالتزاماته إلا أن علاقاته مع الآخرين يمزجها الدفء العاطفي والأعداء والعطاء بسهولة .

بالإضافة إلى ذلك فإن الإحباط المستمر في التجمع والتهديد المتواصل بالحرمان ، وفقدان الشعور بالأمن تؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الفرد ،



حيث يظهر أعراض الوسواس عند الفرد وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن الخوف ، وعدم الثقة بالنفس ، والكبت عوامل أساسية في ظهور الوسواس القهري عند الفرد .

فالخوف مثلاً يتم تخفيفه عن طريق الانشغال بسلوك يؤدي إلى تأجيل الحادث غير المرغوب ، فمن طريق عد أو تنظيم الأشياء يؤخر الأطفال بعض المواقف الباهظة على التورّ سواء أكانت حقيقية أم متخيلة ، فقد يخاف الطفل أن يلحق به الأذى خارج البيت ، ولهذا فإنه يقضي وقتاً طويلاً وهو يكرر نشاطاً ما قبل مغادرته للبيت . فالسلوك الوسواسي القهري هو سلوك يستمر ذاتياً لأنه يؤدي إلى التخلص من التوتر بشكل مؤقت فقط ، ولهذا فلا بد من إعادة السلوك القهري ومحاولة الوصول إلى الكمّال في كل مرة يعود القلق من جديد . ولكن الطفل يشك بصحة هذا السلوك الذي يقوم به فيصبح قلقاً ويجد بأن عليه تكرار السلوك من جديد وهكذا . . . فالأطفال غير الأمنين والمترددون يشعرون بحاجة قوية إلى التنظيم والترتيب كي يخففوا من قلقهم وتوترهم .

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثلاً شرطياً للقلق نتيجة ارتباطه بتثير غير شرطي مثير لهذا القلق . فالسلوك القهري يتكون عندما يكتشف الفرد أن سلوكاً معيناً يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي ، وتقنيف القلق يمزج هذا السلوك القهري ويثبت ويصبح نمطاً سلوكياً متعلماً ( زهران ، ١٩٧٨ ) . أما أصحاب مدرسة التحليل النفسي فيرجعون هذا العُصَب إلى المرحلة الشرجية في تكون شخصية الفرد ، المرحلة الثانية من مراحل النمو النفسي الجنسي للفرد ، ونسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد مما يكون عنده وسواساً وشكاً في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراقبتها .

كما يرى فرويد أيضاً أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري يظهر السلوك الوسواسي القهري بشكل رمزي ، يسعى فيه المصاب لاشعورياً إلى عقاب ذاته ، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وراحة للضمير . مثلاً ، عندما يلجأ الفرد إلى غسل يديه عدة مرات تعبير رمزي عن غسل النفس وتطهيرها من الإثم للتوصل بخطيئة أو خبرة مكبوتة .

### ٣ - الأسباب الاجتماعية :

يظهر عصاب الوسواس القهري على شكل تقليد للوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري .

كما أن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة ، والتربية المزمطة والصارمة والتي تقوم على الأمر والنهي والقمع للسلوك والمقاب التكرار ، والتدريب الخاطيء ، والمتشدد على النظافة والإعراج في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض عصاب الوسواس القهري عند الطفل .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المتشددة من الأطفال يمكن أن تسهم في ظهور سلوك الوسواس القهري عندهم . فالآباء المتشددون هم أنفسهم جامدون وكهاليون قليلو الاحتمال لجوانب الضعف وعدم الاتساق لدى الطفل ، وقد يكونون معزولين اجتماعياً ، ويحرصون على التأكيد الشديد على صواب التعامل وعلى النظافة .

فكثيراً ما يسمع الطفل من والده أو والدته عبارات مثل : « إني أعرف أنك تستطيع ذلك ، لذلك لا تعطي أية أمدار » ، فمثل هؤلاء الآباء ينقصهم التعاطف ، وهم غير قادرين على رؤية الأمور من وجهة نظر الطفل ، إنهم يقدمون نموذجاً للسلوك القهري ويعزونه ، وعلاقاتهم بأطفالهم علاقة صاعدة ، أو باردة أو عدوانية ، وهم يمثلون نموذجاً للكفالية الزائدة فبعض الأطفال يقهرون الطاعة مباشرة عن طريق القيام بالسلوك الكفالي المتوقع استجابة للأوامر المتشددين ، في حين أن بعض الأطفال يصبحون عدوانيين . والحقيقة ما إن يبدأ السلوك القهري بالظهور حتى يصبح في العادة متولداً ذاتياً لا شيفراً وأخرون ، ( ١٩٨٩ ) .

### علاج الوسواس القهري :

#### ١ - العلاج الطبي :

يمكن استخدام العلاج الطبي في حالة الوسواس القهري في حالة فشل العلاج النفسي والبثي . وفي هذه الحالة يمكن تقديم بعض المقارنات المضادة للقلق والإكتئاب ، والأدوية المطمئنة الكبرى ومثال ذلك : عقار « الأنافرانيل » ،

وبعض المهنات مثل القالبوم وذلك تحت إشراف طبي دقيق.

## ب - العلاج النفسي :

يعاني الفرد المصاب بوسواس قهري من صراع وهو بحاجة إلى من يساعده ويأخذ بيده من أجل تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معين ، وإلى من يعينه في اتخاذ القرار لإنهاء ما يعانيه من صراع .

كما يمكن للمعالج النفسي أن يستثمر قابلية الفرد الوسواسي للإيجاد فيغير الكثير من الانفعالات والاعتقادات لديه .

وبما أنَّ السلوك الوسواسي القهري يرتبط بالشعور بالأمن ، أو تجنب القلق ، فمن الضروري إعادة إشراط الطفل بحيث لا يبقى السلوك القهري ضرورياً لتجنب القلق وبمدها يصبح الطفل قادراً على التصرف بدون قهر وقلقوس كهابية وهو يشعر بالارتياح في الوقت نفسه .

فالتحصين التدريجي للأطفال الذين يعانون من عصاب الوسواس القهري يكون مفيداً حيث يتم تعليم الطفل على الاسترخاء مع تقليل حساسيته تجاه الأشياء المقلقة بتعرضه لتلك الأشياء تدريجياً مبتدئين بأبسط المواقف المقلقة ومتينين بأعقدها ويكون ذلك عن طريق الإسترخاء مع تحييل الطفل للمشاهد المخيف للقلق ، مما يجعله أقل حساسية تجاه أداء الطقوس الوسواسية ، ويمكن تدريجياً من أن يتصرف بحرية . فبعض الأطفال يشعرون بأنَّ عليهم أن يرتبوا الأشياء بدقة وإلا شعروا بالقلق والاضطراب ، وعندما يكون هؤلاء الأطفال مسترخين نطلب منهم أن يتخللوا بأنهم تركوا غرفهم دون ترتيب ، فهم يتصورون أنهم غادروا الغرفة ويتعلمون أنَّ بوسعهم الشعور بقلق بسيط دون أن يسيطر عليهم ، وفي كل يوم يمكن تكرار تصوّر المشهد نفسه حتى يتم تحييل المشهد دون شعور بالقلق ، ثم نطلب منهم ترك غرفهم بدون ترتيب دون أن يكون لديهم أي شعور بالقلق .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يلعب تشتت انتباه الطفل الذي يعاني من وسواس قهري إلى لعبة أو نشاط بصرف انتباهه به عن الاستمرار في السلوك القهري للمناد . والمهدف من ذلك هو أن يقوم الطفل بشي ذاته عن الانشغال في السلوك الوسواسي القهري .

كما أنَّ التصحيح الزائد هو شكل من أشكال إعادة الإشراف ، ويشتمل في إظهار السلوك المشكل بشكل زائد ، فلكي يتم التغلب على العادة غير الضرورية يطلب من الطفل أن يقوم طوعاً بتكرار السلوك القهري ، وفي بعض الأحيان قد تستخدم المكافأة أو العقوبة للتأكد من إطاعة الطفل .

فمتى بدأ الأطفال بصف الأشياء أو اللمس أو المحو ... الخ .

يطلب منهم التوقف وأداء تمرينات بأيديهم وأنزعهم لمدة خمس دقائق ، مثلاً يمكن أن يرفعوا أنزعهم فوق رؤوسهم ثم يلمسوا أكتافهم ، ثم يضعوا أيديهم على وسطهم ، ثم يلمسوا أكتافهم ، ثم يضعوا أيديهم فوق رؤوسهم ... الخ . وبعد تكرار ذلك عدة مرات تبدأ العادات القهرية بالضعف في أغلب الأحوال ( شيفر ، وميلمان ، ١٩٨٩ ) .

- ومن الطرق القليلة في علاج السلوك الوسواسي القهري : استخدام الطفل سلوكاً بديلاً عن السلوك القهري تقل فيه الطقوسية تدريجياً بحيث يؤدي إلى التخلص التلقائي من جميع السلوك القهري . ويتم ذلك عن طريق الشرح للطفل وإقناعه بأن ما يقوم به من سلوك قهري ليس ضرورياً ، ولا بد من التوبة الصادقة لاستبداله وعدم إضاعة الوقت بسلوك لا جدوى منه .

- وعندما يتصرف الطفل القهري بطريقة صحيحة بعيدة عن النمطية تمتدح ويكافأ لأن إعطاء الطفل بعض الامتيازات نتيجة تخليه عن بعض الأفعال الطقوسية أمر فعال .

وأن يتم الامتناع عن تشجيع الطقوس المختلفة في حالة ظهورها ، وأن يستخدم أسلوب وقف التعزيز حين ظهور السلوك القهري عند الطفل حيث لا يحصل الطفل على المكافأة لفترة معينة .

وليقاف السلوك القهري لا بد أن يعتم وألاً يقتصر على البيت بل يتم في مواقع أخرى « في المدرسة وخارج المنزل ... الخ » .

- ولا بد من تشجيع الطفل التعبير عن مشاعره للوقاية من تطور السلوك الوسواسي القهري عنه . فعملية التعبير عن المشاعر من طريق القيام بنشاط جسمي في أثناء الغضب يشعر الطفل بالارتياح . مثلاً إذا قام الطفل بكلمة دمة

مطاطية وهو يصبح « يثني أكرهك » ، يمكن أن ينفس عن الطفل ويشعره بالارتياح .

### العلاج الاجتماعي :

ينصح الفرد في حالة الإصابة بعصاب الوسواس القهري بتبديل مكان إقامته أو عمله ، خاصة إذا كانت الأفكار أو الأفعال الوسواسية متصلة بالمكان أو بالعمل .

وقد يكون هذا التغيير من شأنه أن يساعد في التقليل من آثار الوسواس القهري .

وفي حالة الأطفال يمكن أن يكون العلاج باللعب أجدى الطرق التي يتم من خلالها التغلب على عصاب الوسواس القهري حيث أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة ويعلم الطفل كيف يتعامل مع الآخرين ويصرف انتباهه عن الفكرة التي تثير عنده هذه الأنواع من العصاب .

كما أن العلاج الأسري والعلاج بالترفيه من الطرق الأخرى في العلاج الاجتماعي وتفيد في حالة عصاب الوسواس القهري .

### رابعاً : فصام الطفولة Childhood Schizophrenia :

#### مفهوم فصام الطفولة ومظاهره :

يُعتبر فصام الطفولة حالة ذهانية تظهر بعد سن الخامسة ، حيث يكون الطفل العصامي قد عاش من سوء الصحة الجسمية منذ الميلاد ، مع شيوخ مشكلات النفس والتمثيل الغذائي والخصم . والطفل العصامي تضطرب عنده الانتماءات الزمانية والمكانية ، ويكون مشوشاً وقلقاً بسبب البيئة التي يعيش فيها ، كما تحدث عنده هلاوس وهذات أحياناً ، بالإضافة إلى ظهور سلوك حركي غريب عنده قد يتضمن الدوران بالجسم حول محوره ، والمشي على أطراف الأصابع ( أصابع القدمين ) ، كما تحدث عنده اضطرابات في النوم ، والأكل والإخراج ( سوين ، ١٩٨٨ ) .

فالتفكير المشتت هو السمة المميزة للعصامي ، حيث يلاحظ أن معظم

الأطفال الذهانين مصابون بنقص حاد في النمو الإدراكي والعقلي والاجتماعي .

وقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن ٣١ ٪ من فصام الطفولة هو سلوك نكوصي وعلى درجة عالية من التوافق السيء ، وأن ١٨ ٪ كشفت عن فشل في تحقيق معدلات النمو للملائم في مرحلة سابقة ، و ٥٠ ٪ من الحالات بدت متخلفة خلال الشهور الأولى من الحياة .

كما أظهرت دراسة أخرى أن ٨٠ ٪ من الحالات لم يكن نموها عادياً بل مرة ، بينما ظهر أن الباقي قد مر بعامين أو ثلاثة من النمو العادي .

هذا وقد شخّصت أغلب حالات الفصام عند الأطفال ما بين ست و ٨ سنوات ومن المراجعة .

ومن أبرز الخصائص لفصام الطفولة كما ذكرها ( منصور ، ١٩٨١ ، ص ٣٢٢ ) ما يلي :

- النمو اللغوي غير الملائم .
- الكلام الغريب .
- العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة .
- نقص في توحيد الشخصية .
- الانزالية .
- الحركات التكرارية .
- السلبية .
- تبلد الإحساس .
- الاضطرابات الحركية .

ويعتبر العالم السويسري « يوجين بلويلر » Bleuler أول من أدخل مصطلح الفصام ( Schizophrenia ) ومعناه الانقسام العقلي ، وقسم الأعراض المرضية في الفصام إلى أعراض أساسية ( جوهرية ) وهي اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان ، والذاتوية ( autism ) وثنائية المشاعر ، وأعراض مصاحبة وهي الهلاوس والضلالات . . .

وين « بلويلر » أن تأثيرات البيئة الخارجية تلعب دوراً رئيسياً في تحديد

سلوك المضطرب . وقد أكد « ماير » Meyer مفهوم بلويلر الأساسي للفصام وضمته أيضاً تاريخ حياة الفرد ، ووجد أنه من الضروري دراسة الفرد منذ بداية حياته ، وأن كل العوامل التي قد تسهم في نمو الذهان وتطوره ينبغي تقييمها .

كما وجد « ماير » أن الفصام نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئة المتفاعلة . فالطفل الفصامي لا يشعر بالطمأنينة في طفولته ، حيث تصف علاقته بمن حوله بالقلق الشديد ، والمعنوان ، والانعزال إلى درجة أنه لا يستطيع تكوين علاقات مع والديه ومع الأطفال الآخرين . كما أن نظره إلى ذاته يشوبها الكثير من التشويه ، وتكون مؤلة إذا استمر الفصامي مدركاً لها وعالماً بها .

كما يشعر الفصامي بالتهديد الداخلي لا يذوقه ، وبأنه مرفوض ومكروه ، وشاذ . وهذا الشعور ينشط بدوره الخبرات الداخلية المؤلة التي كان قد خبرها الفصامي في طفولته .

كما يُعاني الفصامي من عدم انسجام بين أفكاره وأفعاله ، حيث يمكن له أن يضحك عند وجود خبر محزن ، ويبكي ويحزن عند وجود خبر مفرح .

إن الجذور الأساسية للفصام تبدأ في الطفولة ، ولكنه لا يظهر عادة إلا في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ ، ومن المحتمل ألا يشفى المصابون بالفصام من هذا المرض إلا في حالات الفصام الاستجابي reactive schizophrenia الذي ينتج عن ضغوط بيئية . كما يبدو على الفصامي ارتباك وتقلب انفعالي بصورة شديدة . وفي هذا النوع من الفصام تبدو فرصة الشفاء كبيرة .

فالفصام ليس إلا مجموعة من الاضطرابات التي تصيب الشخصية ، يتميز بالانسحاب من الواقع ، وبتكبير مشوش وغير واقعي ، وببلادة الانفعالية واضحة ، وغريبة في السلوك مع حدوث هلاوس وأوهام واضطرابات في الوجدان والشعور ، ينتج عن عوامل متفاعلة بيولوجية ونفسية واجتماعية ، ويكون من الصعب الشفاء منه غالباً . كما يوصف أيضاً بأنه يختلف في النمو يصيب كل جوانب التعبير .

يُصيب الفصام كلاً من الذكور والإناث على حدٍ سواء ، ويكثر عند آخر الأطفال ميلاداً في الأسرة ، وينتشر بين كل الأجناس ، ويكثر في المدن الكبيرة المزدحمة وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا ( الفقيرة ) ويزداد ظهوراً في بداية النصف

وفي فصل الحريف . كما لوحظ أيضاً أن انتشار الفصام يكثر بين الأقارب ، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإن نسبة انتشاره بين الأبناء تصل إلى ١٥ ٪ أما إذا كان كل من الوالدين مصاباً فإن النسبة تصل إلى ٣٠ - ٤٠ بالمئة .

أما عن معدل انتشاره بين الناس فيتراوح بين ٠,٨٥ ٪ و ٣ ٪ .

وفي الولايات المتحدة الأميركية يبلغ نصف من يتم تشخيصهم بالاضطرابات الذهانية بأنهم فصليون .

ويرى حمودة ( ١٩٩٢ ) أنه لتشخيص مرض الفصام لا بد أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة أشهر ، مع ظهور الهلاوس والذهاءات ، وفقدان الانسجام بين الأفكار ، وفقر محتوى الكلام ، والتفكير غير الواقعي ، والسلوك المضطرب بالإضافة إلى انهيار مستوى الأداء الوظيفي للشخص ، والانسحاب الاجتماعي ، وبعض السلوك الغريب ، وإهمال الشخص لنظافته ، وتبدله العاطفي ، وتقص المبادرة والاهتمامات .

### الأسباب :

لا يوجد حتى الآن ( حسب معرفتنا ) أسباب محددة للفصام ، وما تم معرفته لا يخرج عن مجرد كونه نظريات فقط ، ولكن علماء النفس ، وعلماء الطب النفسي أكدوا على احتمال وجود أكثر من سبب للفصام ، وفيما يلي نستعرض بعض هذه الأسباب :

#### ١ - الأسباب الوراثية :

يرى علماء الوراثة أن الفصام يكثر عند أسر يكون أحد أفرادها مصاباً بالفصام ولهذا فإن أقارب المصابين بالفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض بالمقارنة مع أفراد آخرين من المجتمع . فالدراسات الحديثة بينت أن احتمال حدوث الفصام عند أحد التوائم المتماثلين إذا أصيب التوأم الآخر قد يصل إلى حوالي ٢٩,٥ ٪ ، أما بالنسبة إلى التوائم غير المتماثلة فإن هذا المعدل هو ٧ ٪ وهذا مؤثر على وجود عامل وراثي في ظهور الفصام .

ويرى إيرلنباير وكيملينج « Erlennmeyer & Kimling » ( ١٩٧٥ ) أن ١٠ ٪ تقريباً من الأطفال الذين يتحدرون من أب أو أم فصامين سيظهرون شكلاً



من القصاص ، وأنه حينها يكون الوالدان فصامين فإن هذا الرقم سيرتفع إلى ٣٥ أو ٤٠ . فقصاص العقوبة ليس إلا استجابات لضغوط وراثية .

كما أنه كلما زاد تشابه الأفراد وراثياً زاد احتمال تعرضهم للقصاص ، في حالة حدوث القصاص عند أحد الأفراد في الأسرة . ومن الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تلك التي أجراها « بول ونتر » و « سيمور كيتس » في الدانمارك حيث تم فحص الأطفال الذين عزلوا بصورة دائمة عن والديهم الحقيقيين في بداية حياتهم (خلال الستة الأشهر الأولى في المتوسط) ، وتمت تربية الرضيع بواسطة أباء آخرين بالتبني وكان الهدف هو فحص أثر كل من الطرفين في التنبؤ بمدى تطور السلوك الفصامي وهما :

- ١ - أن يكون الطفل مولوداً من أب فصامي وُربي بواسطة أب بديل فصامي .
- ٢ - أن يكون الطفل مولوداً من أب غير فصامي وُربي بواسطة أب بديل فصامي .

وكان الأفراد المشتركون في كل مجموعة متطابقين في العمر والجنس وعمر التبني والتغيرات الأخرى . وتم مقابلة الأفراد بعد أن وصلوا إلى سن البلوغ بواسطة فاحصين آخرين متميزين لا يعرفون تاريخ هؤلاء الأفراد بقصد تشخيصهم . وتم الاستنتاج أن الوراثة هي أفضل منبئ للقصاص . فكون الأطفال تربوا بواسطة أب بالتبني يُعاني من القصاص فإن ذلك لم يكن ذا دلالة في زيادة احتمال حدوث القصاص عند الأطفال .

كما يرى العلماء السلوكيون أن الأفراد الفصامين يرثون استعداداً مسبقاً ، وأن المرض يتطور تطوراً كاملاً في الظروف غير المناسبة ( داليدوف ، ١٩٨٣ ) .

#### — الأسباب العضوية العقلية :

أوضحت الدراسات نتيجة تصوير دماغ القصاصين وجود عيوب في استقلاب دماغ القصاصي . كما بين العلماء في مستشفى ( إليزابيث ) في واشنطن وجود بطنيات متضخمة عند الفصامين بالقصاص . ويرى عالم الأعصاب البريطاني « نيم كراو Tim crowe » وجود بطنيات دماغية متوسعة في أدمغة القصاصين بالإضافة إلى وجود كتل قشرية دماغية متضخمة . ولم يتضح فيها إذا كان مرد هذه الكتل الدماغية القشرية المتضخمة الحجم عائداً إلى وجود ضغوط في خلايا قشر

الدماغ ، أو أنها كانت في السابق ضعيفة النمو . ومن المؤكد وجود ترابط بين البطيئات الدماغية للتضخمة ، والقصة السيئة ما قبل الإصابة بالمرض وضعف الاستجابة للدواء ( الحجار ، ١٩٨٩ م ) .

وقد بين « واط Wyatte » وجود فروقات فيزيولوجية في الطريقة التي يعمل بها الدماغ عند الفصامين ، حيث رسم خريطة لجريان الدم في أدمغة الفصامين أثناء اختبارهم بـ « ويسكنسن Wisconsin » الذي يقيس النشاط في القوس الصدغي الرديء الأداء والنشاط عند هؤلاء . وقد اتضح له وجود سوء وظيفي وانخفاض في جريان الدم في الدماغ عند بعض الفصامين أثناء قيامهم ببعض الأعمال .

ولهذا تمكن « واط » من إظهار العلاقة القائمة بين التفكير المجرد والقصور الوظيفي في جريان الدم في الدماغ ( الحجار ، ١٩٨٩ ) . فالقصور يحدث نتيجة الفشل في تحقيق انسجام مستقر بين الأنظمة المعرفية والإدراكية .

#### ـ الأسباب الكيميائية :

دلت التجارب أن إنتاج الدوبامين Dopamine يكون عالياً جداً عند مرضى الفصام حيث أن عقار ميثيل فينيليت Methyl phenidate يساعد على إطلاق الدوبامين في نسيج المخ ويعمل على زيادة تكرار حدة الأعراض الفصامية ( Da- vs , 1974 ) . فاللهجات الناقلة العصبية التي تحاصر المواد الناقلة للسيالة العصبية المتألفة تتجزأ مسببة لارتفاع الدوبامين الدماغية . ومن المحتمل أيضاً أن مادة كوليريت Colipris تعمل على جهاز التغذية الراجعة ، فيقتل هذا الأخير بالإعجاز إلى نورونات الدوبامين بالتوقف عن إنتاجه عندما تكون مستقبلات الدوبامين العصبية مليئة به ( الحجار ، ١٩٨٩ ) .

ولهذا فإن مركبات الأمفيتامين التي تفرز الدوبامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تشكل أعراضاً ذهانية لدى الأسوياء ، كما أن مضادات الذهان التي تعد مثبطات لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية .

#### ـ الأسباب البيئية :

للعوامل البيئية دور أساسي في حدوث مرض الفصام عند الأطفال ، فالقصور بكثير في الطبقات الفقيرة ذات الإمكانيات المحدودة . كما لوحظ أن

القصامين المندهورين ينحدرون إلى طبقات أقل في المستوى من مستوى طبقتهم الأصلية ، بسبب تدهورهم وسوء حالهم ( ثابت ، ١٩٩٣ ) .

كما يكثر النقص عند الأطفال الذين تكون تعليقات والديهم متضاربة ، حيث يصدر أحد الوالدين أمراً للعقل ويقصد به عكسه ( اقبل ، لا تفعل ) مما يربك الطفل ويعكس عدم وضوح التفكير للتوكل إليه .

كما أن سيطرة أحد الوالدين في أسلوب التربية ، وانعزال الآخر يكون ما يسمى بالطلاق العاطفي بين الوالدين ، الأمر الذي يشوه هوية الطفل ويصيبه بمرض النقص . كما أن العلاقة غير المتكافئة بين الوالدين ( كأن يكون أحد الوالدين متسلطاً والآخر ليناً ) يؤدي إلى تفكك شخصية الطفل ويصيبه بمرض النقص . فالأطفال يكونون في سن صغيرة جداً عبارة عن سجلات حساسة جداً تتلخص كل ما يجري بين الوالدين من علاقات . كما أن الشدائد المحيطة ( Stress ) وإدراك الفرد لها وشعوره بخطرهما يؤدي إلى زيادة إفرز الأدرينالين ، ويحدث خللاً في المنتجات الكيميائية في الدماغ ، مما ينتج مواد مولدة للنقص .

ـ الأسباب النفسية :

● يحدث النقص أحياناً بسبب الصراع النفسي Conflict بين رغبات الفرد الأولية اللاشعورية والتزاماته الاجتماعية . وإذا استمر هذا الصراع فترة طويلة عند الفرد ولم يجد حلاً احتل التفكير والسلوك والذي يؤدي أحياناً إلى الانطواء والنقص .

كما أن ضعف الأنا ( Ego ) الذي قد يكون أحياناً فطرياً أو مكتسباً نتيجة نقص الأمومة والذي يؤدي إلى نقص التمييز بين الذات والموضوع ، ونقص انساق الوظائف النفسية وتكاملها ، وبدائية الدفاعات والصراع المولّد عن العدوان ، مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط . وفقد الاتصال بالواقع .

وحسب وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي فإن النقص ليس إلا تكوّن إلى المرحلة الفعلية إلى فترة ما قبل تمييز الأنا عن المور ، حيث أن القصامي يفتقد الأنا الذي يختبر بها الواقع والاتصال به وينهمك في ذاته ، ويعزى التكوّن إلى الفلق الحاد الذي يعود إلى الدوافع العدوانية أو الجنسية اللاشعورية الخلابة .

● كما أن التدهام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة لعدم قبولهم له تتولد عن اضطراب العلاقات بين الشخص والآخرين والتي تعود إلى مراحل نمو العقل الأولى ، مما يجعله يميل إلى الانسحاب للحفاظ على أمنه الداخلي ، واعتباره لذاته مما يزيد من انطوائه وعزله ورفضه للآخرين .

● كما ترى ( ميلاني كلاين ) أن الأشهر الأولى من حياة الطفل وما ينشأ عنها من مشاعر إيجابية أو سلبية نحو الذات والآخرين هي أسس الفصام وتكوين دفاعات مرضية تستمر حتى في الكبر ( حموده ، ١٩٩٢ م ) .

### الوقاية والعلاج :

يُعد مرض الفصام في الذائب مرضاً مزماً حيث يمثل ٥٠ - ٧٠٪ من المرضى الذين تطول إقامتهم في المستشفيات العقلية ، وتنادراً ما يعود الشخص إلى حالته السابقة من الأداء الوظيفي . ولهذا لا بد من اتخاذ الطرق التالية في الوقاية والعلاج من هذا المرض .

#### ١ - العلاج الطبيعي :

الحد ما أمكن من زواج الشخص الفصامي ، وإذا حدث ذلك فيجب ألا يكون من زوجة فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفل واحد ، لأن مرض الفصام ينتقل إلى الأبناء بنسبة ١٥ - ٤٠٪

#### ٢ - العلاج الدوائي .

إن للهدئات الكبرى هي العلاج الأكثر فعالية لأمراض الفصام ، وذلك بفعل آليتها التي تحد من إنتاج الدوبامين الدماغية . كما أن للهدئات الكبرى تدوياً بصورة ثابتة وظيفة الدماغ من خلال زيادة قوة ارتباط مستقبلات الدوبامين العصبية . ولهذا يُستعمل في العلاج عقار « الكلوربرومازين » وفقاً للمقادير التي يحددها الطبيب بما يتناسب مع شدة المرض . كما يُستخدم عقار « الاستيلازين Stelazine » في حالة وجود حمولات أيضاً ضمن المقادير التي يحددها الطبيب المختص ، وعادةً ما يُعطى العقاران معاً .

### ٣ - العلاج بالجلسات الكهربائية :

ويُستخدم في بداية الفصام أو في الحالات الشديدة المرافقة مع أعراض  
تصلية (كتاتونية) ، أو في حالة المريض الحامل ، وحالات الفصام المصحبة  
بأعراض اضطراب وجداني .

### ٤ - العلاج النفسي :

من الصعب الوصول إلى علاج نفسي عميق مع الفصامين ، لأن مرضى  
الفصام لا تكون لديهم أنا قوية إلى الحد الذي يمكنهم من تحمل التفاعلات العنيفة  
والتحكم في نزعاتهم . ولكن من خلال العلاقة العلاجية التي يكوها للمعالج مع  
الشخص الفصامي يمكن أن يُقلل من قلق المريض ويُخلصه من أوهامه ويشجعه  
على التعامل مع الحياة الواقعية وذلك من خلال فهم المريض التدريجي لأعراضه  
الذهانية ومعناها ، ومواجهة مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعذون ، وتحمل  
صراعاته الداخلية والخارجية دون تكوص لدفاعات ذهانية ، مما يجعل المريض  
يُحس بقدرته على التألف والتوافق النفسي وحل صراعاته النفسية أو قبولها وقبول  
العالم والتكيف معه .

ولهذا يعد العلاج النفسي الجهازي فعالاً في حالة الفصام ، حيث يتم وضع  
المريض مع مجموعة من المرضى مع وجود المعالج ومساعدته ، حيث تُسمى للمهارات  
الاجتماعية لديه من خلال التفاعل مع الآخرين مع إعطاء التذعيم والمساندة من  
المجموعة للمريض ، وقد يأخذ صورة أنشطة جماعية (محددة ، ١٩٩٢) .

كما يمكن استخدام اللعب الجهازي بالدمى ، واستخدام الرسم ، وتعليمه  
بعض المهارات للتغلب على بعض الصعوبات التي تواجهه .

### ٥ - العلاج الاجتماعي الأسري :

وفي هذا النوع من العلاج يتم إيضاح حالة المريض للأسرة وحتمهم على  
تقبله وتقبل مشاكله ، بالإضافة إلى إجراء بعض التعديلات في سلوكيات الأسرة  
في تعاملها مع المريض للإقلال من انعكاس المريض . فقد لوحظ أن العبء  
للمريض وكثرة انتقاده يؤدي إلى زيادة فرصة انعكاسه .

ويمكن استخدام برنامج التصحيح الاجتماعي الفردي المطبق حالياً في مركز

بحوث الطفولة في نيويورك في الولايات المتحدة الأميركية . فالبرنامج يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال القضاة على إدراك وتفسير الخبرات الداخلية والخارجية ، حيث يقضي المقيمون بالمركز فترة نهاية الأسبوع مع أسرهم ، وبأقرب الأسبوع يتواجدون في المركز . ولهذا يتم إعدادهم جسمياً بدرجة كبيرة من خلال البرنامج ، إذ يستقبل الأطفال الذين في سن ٥ - ١١ سنة ، في تناول الطعام ثم يذهبون إلى المدرسة ويستمتعون بفترات من اللعب ، ويأخذون حماماتهم ، ويذهبون إلى النوم في مواعيد منتظمة كل يوم . بالإضافة إلى ذلك تُحدد أوقات للجلسات العلاجية مع المعالجين النفسيين .

أما أهم أعمال هيئة المركز فهي الإشارة إلى الحفاظ أمام كل طفل وتنشيطه للبحث عن القبول الاجتماعي ، حيث يركز على المساعدات الخاصة بالتدريب والمدرسين والمرشدين للقيام بهذه الأعمال . كما يتضمن برنامج العلاج اجتماعات بين المعالج النفسي للطفل وبأقرب أعضاء الهيئة الآخرين ، وذلك من أجل اشتراك الجميع في دراسة الخبرات اليومية للطفل ( منصور ، ١٩٨١ ) .

وبنتيجة هذه الطريقة في العلاج يتحسن بعض الأطفال بصورة جيدة ، في حين أن البعض الآخر لا يظهر عليه أي تحسن .

**خامساً : الاكتئاب Depression :**

**مفهوم الاكتئاب ومظاهره :**

تُشير كلمة الاكتئاب في اللغة العربية إلى الحزن والكآبة . فالأكتئاب يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسأم والعزلة ، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنا وبالأخر ، وقلة الحيوية وانخفاض الحماسة والهمة . ويرى شيفر ( ١٩٨٩ ، ص ١٦٦ ) أن الاكتئاب « هو شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بانخفاض في القابلية » . أما الهجار ( ١٩٨٩ ، ص ٨٤ ) فيعرف الاكتئاب تعريفاً أقرب إلى الوصف منه إلى التعريف . فهو يرى أن الاكتئاب « اضطراب عاطفي يتجلى بأعراض نفسية وبدنية سريرية ، تعكس مزاج المريض ومعتقداته . وتتداخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية ، وبيوكيميائية وراثية ، وتركيب شخصية في حدوثه » . في حين يرى كولنز ( ١٩٩٢ ) أن الاكتئاب يصف خبرة ذاتية وجدانية تُسمى حالة مزاجية أو إغلاية ، والتي قد

تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي ، وزملة Syndrome مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وفيزيولوجية ، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية . أما (بك) فيُعرف الاكتئاب على أنه حالة انفعالية تتضمن : تغيراً محدوداً في المزاج ، مثل مشاعر الحزن ، والوحدة ، واللامبالاة بحيث تكون مفهوماً سلبياً عن الذات مع توبيخ للذات وتحقيرها ولومها ، ورغبات في عقاب الذات ، مع الرغبة في الغروب والأخفاء والموت ، وتغيرات في النشاط مثل : صعوبة النوم ، وصعوبة الأكل ، وتغيرات في مستوى النشاط ، مثل : نقص أو زيادة في النشاط ، (صالح ، ١٩٨٩ ، ص ١٠٤ - ١٠٥) .

ويمكن أن يُصنف الاكتئاب إلى صنفين أساسيين هما : الاكتئاب الداخلي المنشأ Endogenous وهو اضطراب تلعب فيه العوامل الوراثية - البيولوجية دوراً هاماً . وهذا النوع من الاكتئاب يكون شديداً ، يحدث دون وجود عامل هام مسبب ، ويميل إلى الانتكاس وحدوثه بشكل متكرر ، ٢ ، وغالباً ما توجد قصة عائلية لاضطراب عقلي مماثل عند الأسرة .

أما النوع الآخر للاكتئاب فهو الاكتئاب الخارجي المنشأ Exogenous أو الاكتئاب العصبي ، وهذا النوع يكون ناتجاً عن ضغوط الحياة ، وتكون أعراضه خفيفة ، وأسبابه معروفة (شدات نفسية ، أو ضغوط خارجية ، أو مرض عضوي) . فالحزن مثلاً شعور سوي ولكنه إذا زاد عن الحد الطبيعي انتهى إلى الاكتئاب المرضي . وقد دلت الدراسات<sup>(١)</sup> عن وجود عدد متزايد من الأطفال المكتئبين ممن هم دون الثانية عشرة ، حيث أن طفلاً من كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من الاكتئاب . كما وجد لوفكووتر (١٩٨٤) أن هناك ٥,٦ ٪ من الأطفال يُصابون بالاكتئاب .

بالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت دراسات أخرى أن ٥٨ ٪ من آباء الأطفال المكتئبين هم أيضاً مكتئبون . والاكتئاب يمكن ملاحظته بسهولة عند أطفال سن العاشرة من العمر حيث يظهر على شكل بكاء ، وتكرار نوبات الغضب والبؤس . كما يمكن أن يكون الاكتئاب عند الأطفال سبباً لكثير من المشكلات

(١) National Institute of Mental Health: causes Detection and Treatment of childhood Depression, NIMH, Washington, D. C. 1979.

السلوكية الأخرى مثل : فقدان الشهية ، آلام البطن ، الصداع ، التبول اللاإرادي ، نوبات الغضب ، اللثل ، التعب ، ضعف القدرة على التركيز ، النشاط الزائد والمشكلات النفسية ، حيث تظهر هذه المشكلات كوسيلة لتغطية الشعور بالاكئاب . وقد تزداد بعض صور الاكتئاب للمحفوظ عند الأطفال لتصل إلى درجة الانتحار .

أما جوزف وولب Wolpe ( ١٩٧٩ ) فيرجع الاكتئاب إلى عدة عوامل أهمها : عامل القلق ، حيث أن الفرد الذي يعاني من حالة القلق ولفترة طويلة من الزمن فإنه من الممكن أن يُصاب بالاكتئاب .

ولهذا تبين نتيجة الدراسات الحديثة عن الانتحار عند الأطفال دون سن ١٤ سنة في إنكلترا بين عامي ١٩٦٢ - ١٩٦٨ أن ٣١ طفلاً قتلوا أنفسهم بواقع

$$\frac{\text{من عدد السكان}}{٨٠٠,٠٠٠}$$

كما أظهرت دراسات أخرى ( شيفر ، ١٩٨٩ ) أن الأطفال في عمر ٨ - ١٢ سنة يهددون بقتل أنفسهم أو ليلذاتها ، عندما يكونون في حالة غضب شديد ، إلا أنهم يعدلون عن ذلك عندما يخف غضبهم . وهذا يعني أن الأطفال يعبرون عن المشاعر الانتحارية أكثر من القيام بالمحاولات الانتحارية الفعلية .

أما عن الفروق بين الجنسين عند الأطفال في ظاهرة الانتحار فقد وجد دومينيان Dominion ( ١٩٧٦ ) أن ٨٠ ٪ من الأطفال في عينة من ١٧٢٧ طفلاً من هم في سن العاشرة حاولوا الانتحار كانوا من الإناث ، وكان أيضاً لدى الذكور ظاهرة عالية في محاولة الانتحار . كما وجد أيضاً أن ٣ - ٤ محاولات انتحار من الذكور يكون مقابلها ٢٥ - ٣٠ محاولة انتحار من الإناث .

**الأسباب :**

**الأسباب الفيزيولوجية :**

لا بد من أخذ الأسباب الفيزيولوجية بعين الاعتبار في حالة ظهور الاكتئاب عند الأطفال عندما يكونوا في البداية جيدي التكيف ثم تحدث لهم استجابات اكتئابية بشكل مفاجيء أو تدريجي . ويرى سلاتر Slater أن انتقال مرض



الاكتئاب يتم إرشاداً بواسطة الجينات المتعددة . فالظهور المبكر لمرض الاكتئاب معناه أنه مشيع بالعامل الوراثي .

بالإضافة إلى ذلك تلعب العوامل الكيميائية الحيوية دوراً في حدوث استجابة الاكتئاب ، حيث يحدث تغيرات في الأمينات الداعابية عند مرضى الاكتئاب . كما وجد أيضاً أن هناك تزايداً في نشاط الغشرة الكظرية عند مجموعة من مرضى الاكتئاب ، وارتفاعاً في مستويات الكورتيزول للصورة ( الذي يفرز من قشرة الكظر) ، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في الغدة الدرقية ، أو قرح دم ناتج عن نقص الحديد أو اضطرابات في سكر الدم والاضطرابات في نسبة الصوديوم في الدم ( زيادة ملحوظة في نسبة الصوديوم ) في حين أن نسبة الكالسيوم في الدم تنخفض نتيجة لارتفاع نسبة الصوديوم ، وتقل نسبة إفرازه في البول .

### الأسباب النفسية :

#### ١ - لنفي مفهوم الذات :

أكدت الدراسات ( Nelms ، ١٩٨٥ ) وجود ارتباط دال بين الاكتئاب ومفهوم الذات عند أطفال المدارس ، حيث وجد أن الأطفال الذين يعانون من مرض الربو لديهم اعتبار ذات متدني بالمقارنة مع الأطفال العاديين ( الأصحاء ) ، وأن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور . كما أظهرت دراسة عبد الباقي ( ١٩٩٢ ) ، ص ٤٥٤ ) أن الأطفال الذين اجابوا على اعتبار الاكتئاب تبين أنهم يعانون من تنفي اعتبار الذات بالمقارنة مع زملائهم بشكل مرتفع وبلغت هذه النسبة ٥٦,٥ ٪ .

#### ٢ - الضغوط النفسية المدرسية :

فالنظام المدرسي الذي يقوم على العقاب والقسوة ، والضرب والتوبيخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين ، والاكتئاب . وقد وجد بندلتون ( Pendleton ١٩٨٠ ) أن المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال ومنها : الانسحاب والاكتئاب هي نتيجة حتمية للضغوط المدرسية . فالعقاب غير العادل من قبل الكبار والموجه نحو الأطفال يثير التعاسة عندهم ، والغور والكراهية من الكبار ويتبعه ظهور الاكتئاب .

### ٣ - الإحباط :

إن الأطفال الذين لا يُسمح لهم بالتعبير عن غضبهم بشكل مباشر نحو الآخرين يميلون إلى توجيه غضبهم نحو ذواتهم ، ويميلون إلى التقليل من قيمة ذواتهم ويميلون إلى الاعتداء على أنفسهم بطريقة ما وقد يكون الانتحار أحد هذه الطرق . فالانتحار هنا يأتي بعد قناعة الطفل بأنه لا يستطيع التوافق مع الظروف المحيطة ، ويشعر بالمعجز واليأس مما يجعله يفضل الموت على الحياة . كما أن بعض الآباء يمتلكون دوافع للانتحار قوية لأنفسهم ولأطفالهم ، وهم لا يتقبلون أي تعبير عن الفشل أو الإحباط من قبل الأطفال ولا ينصتون لما يعترض أبناءهم من مشكلات مما يجعل الطفل يتخلى عن الاتصالات بوالديه ويصبح اكتئابياً .

### ٤ - فقدان الوالدين أو أحدهما :

يرى فرويد بأن فقدان الطفل لوالديه أو أحدهما يؤدي إلى حالة من الحزن الشديد الذي يتطور إلى الاكتئاب المرضي ، حيث أن الطفل ( الأنا ) عندما يشعر بأن موضوع الحب ( الوالدين أو أحدهما ) قد انتفى من الوجود يؤدي به إلى الشعور بالحزن والاكتئاب خاصة إذا كان الشخص المفقود يمثل للطفل الأنا الأعلى ، مما يجعله يواجه الكراهية والخوف إلى ذاته ويميل إلى تعظيمها وتدميرها . ولكن تأثير هذا الفقدان الوالدي يتأثر بعمر وجنس الطفل حينما يتعرض لحيرة الفقدان . وقد دلت الدراسات أن الأطفال الصغار ( دون سن السادسة ) يكونون أكثر تأثراً بهذا الفقدان من الأطفال الأكبر سناً . كما أن فقدان الأبوين قبل سن ١٥ سنة ، يعد من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب عند الأطفال ، وقد تؤدي إلى الانتحار .

### ٥ - الميل إلى جذب انتباه الآخرين وحبهم والانتقام منهم :

كثيراً ما يعبر الأطفال عن شعورهم بالاكتئاب كوسيلة لجذب انتباه الآخرين وكسب حبهم ، خاصة عندما لا يُبدي الآخرون الاهتمام بهؤلاء الأطفال ، ولا يبدون وسيلة لجذب انتباههم بالطرق الأخرى .

من جهة أخرى يلجأ الطفل إلى الاستجابة الاكتئابية كوسيلة للانتقام من الكبار ، حيث يصبح الأطفال شديدي الغضب عندما يشعرون بأنهم لا يحصلون على الحب الكافي من الكبار ، فيلجأون إلى تلقيهم درساً من خلال استجاباتهم

الاكتئابية وميلهم إلى الانتحار . وقد يكون الانتحار طريقة للتخلص من مواجهة هؤلاء الذين يسيرون الأم أو الإهانة هؤلاء الأطفال .

#### ٦ - التخلص من التوتر :

قد يكون الاكتئاب وسيلة للتخلص من التوتر ، عندما لا يتمكن الأطفال من السيطرة على ذلك بطريقة مناسبة . أما اللجوء إلى الانتحار فقد يكون وسيلة لإنهاء حالة التوتر المستمر عند الأطفال عندما لا يمكن التخلص منه .

#### الأسباب الاجتماعية :

#### ١ - التفكك الأسري :

إن الأسرة المتكسكة والتنافرة ، كما في حالة عدم الانسجام بين الوالدين ، والأب المسكر أو القامر أو الغياب الطويل مما يجعل الأب ضعيف الحيلة لا يستطيع التصرف، كما يجعل الأم غير متكيفة ولا تتمتع بصحة نفسية جيدة ، ويصبح الطفل عاجزاً أو يتحول إلى راشد مسيء التكيف .

وقد أشار أكرمان Ackerman ( ١٩٥٨ ) إلى أهمية المناخ الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاعلة في الأسرة . بالإضافة إلى ذلك هناك القتل وخيبة الأمل التي يواجهها الوالدان ( عيد الباقي ، ١٩٩٢ ) . كما أن الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة تؤدي إلى شعور الطفل بالاكتئاب ، وخاصة عند الطفل الأكثر حساسية .

#### ٢ - الأسر المريضة :

أكد العديد من الدراسات على أن الاكتئاب ينتقل من الأم إلى أبنائها ، فقد وجد جوديسون وآخرون Ghodison & Others ( ١٩٨٤ ) أن هناك علاقة وثيقة بين اكتئاب الأم والمشكلات السلوكية عند الطفل في مدينة لندن ، حيث تبين من خلال الدراسة أن أطفال الأمهات المكتئبات يختلفون عن أطفال الأمهات العاديات . فالأمهات المكتئبات يعجزن عن تقديم الأمن للأطفال مما يولد الشعور عند الطفل بالعجز والحزن والاكتئاب . فالأكتئاب ينخفض عندما يتوفر التعاطف بين الأم والأب . كما وجد دوملس وآخرون Domas & Others ( ١٩٨٩ ) من خلال فحص ٥١ أمّاً لديهن أعراض اكتئابية متضاربة ، أن أطفالهن يكونون أقل

توافقاً نفسياً واجتماعياً .

كما توصلت دراسة سفران Sifran ( ١٩٨٧ ) ودراسات أخرى غيرها إلى أن أطفال الآباء المكتئين يختلفون عن أطفال الآباء غير المكتئين من حيث التفاعل بين الأب والطفل .

### ٣ - التنشئة الأسرية الحافظة :

أكدت الدراسات العديدة لليفكوفيتز Lefkowitz ( ١٩٨٤ ) ورشترز Richters ( ١٩٨٩ ) أن هناك علاقة بين الرضا الوالدي في فترة الطفولة المبكرة والإصابة بالاكنتاب لكل من الأبناء والآباء ، كما أن الأمهات لا يستطعن التحكم في أطفالهن مما يزيد من المشكلات السلوكية عندهم .

كما أن القسوة في المعاملة من قبل الأم تساعد في زيادة ظهور الاكنتاب عند الأطفال . بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الأبناء يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستراتيجية الأمهات في تربية الأبناء . فالأطفال في عمر خمس سنوات مثلاً يستخدمون أساليب عنيدة في عدم طاعة الأمهات حينما يطلب منهم أداء عمل معين ، وأن الذكور أكثر رفضاً من الإناث . وقد وجد بيك Peakso ( ١٩٨٥ ) من خلال دراسته أن الأمهات المكتئبات أكثر تشدداً وحدة في التعامل مع أبنائهن قد تصل أحياناً إلى استخدام العقاب الجسدي .

### ٤ - التقليد :

بين شيفر ( ١٩٨٩ ) أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئين هم مكتئون أيضاً . فالاستعداد للاكنتاب سمة موروثة ، ولكن هذا الاستعداد يتحول إلى واقع من خلال العيش مع آباء مكتئين . فالأطفال يقلدون سلوك آباءهم حيث يتعلم الطفل أن يكون حزيناً ومكتئباً عندما يشاهد أحد والديه ، أو كليهما مكتئين وحزينين .

### ٥ - شعور الطفل بالعزلة :

إن شعور الطفل بالعزلة والتبذ الاجتماعي يؤدي إلى وقوعه في الاكنتاب وقد يؤدي إلى الانتحار إذا كان هذا الشعور قوياً وكانت حالة الاكنتاب شديدة .

إن إحساس الطفل بالفقر وعدم القدرة على إشباع احتياجاته الأساسية بالمقارنة مع الأطفال الآخرين يؤدي إلى شعوره بالاكئاب . وقد أوضحت الدراسات العديدة أن انخفاض المستوى الاقتصادي ، واضطراب العلاقات الاجتماعية بين الناس ، عامل أساسي في انتشار الاكتئاب والرغبة في الانتحار .

### الوقاية والعلاج :

١ - العمل على تقوية مفهوم الذات عند الطفل من خلال الاتصال مع الآخرين .  
 فبعض الأطفال يتعلقون بأهليهم بشكل شديد إلى درجة أنهم يرفضون كل من سواها . وهذا يجب أن يتعلم الطفل التواصل مع كبار آخرين غير الوالدين حيث أن فقدان الاستحسان والتقبل يصبح أقل تهديداً عندما تتوافر للطفل مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل . كما أن تنوع المهارات التي يمكن للطفل أن يقوم بها يعزز ثقته بنفسه ويقوي مفهومه الإيجابي . عن ذاته بشعوره بأنه كفوء في مجالات متعددة . فالأفراد الذين لا يشعرون بالعجز لا يتزلفون إلى اليأس والاكتئاب ، فالشعور بالقدرة على مواجهة المشكلات والرضا عن الذات كقيل بالوقاية من الاكتئاب .

٢ - السماح للطفل بالتعبير عن انفعالاته : إن شعور الطفل بأن الآخرين يتقبلونه ويستمعون به ، من خلال مسامحة له بالتعبير عما يشعر به من انفعالات الغضب ، وأن يتقبلونها ويناقشونها معه بشكل واقعي يساعد الطفل على التخلص من مشاعر الضيق والحزن والاكتئاب ويجعله يقيم تواصلاً فعالاً مع الكبار في جو يتسم بالاهتمام والقبول والتقبل .

٣ - ضرورة ابتعاد الوالدين عن الحزن والاكتئاب : فمن المعروف أن الطفل يقلد والده من خلال ما يشاهده عندهما من سلوكيات ومشاعر حزن واكتئاب أو تفاؤل وسرور . فالآباء الذين يركزون في حديثهم على الحزن واليأس والمشكلات في الحياة يتصرف أطفالهم بالأسلوب نفسه . والأفضل هو أن يكون الآباء واعين في أثناء حديثهم وأن يتعدوا في الحديث عن التشاؤم واليأس والنظر إلى المستقبل بشكل متفائل ، ولا بد من جعل الأطفال يشعرون بنجاح والدهم والعمل الجاد لبناء المستقبل .

— ضرورة توفر عدد من الاخصائيين النفسيين سواء في المدارس أو في العيادات للعمل على معالجة مشكلات القلق والاكتئاب التي يمكن أن تظهر عند الأطفال .

— ضرورة الاهتمام بتوعية الآباء والمربين في كيفية التعامل مع الأطفال الذين تظهر عندهم الاستجابات الاكتئابية ، وبحول هنا على وسائل الإعلام لتعريب دوراً كبيراً .

— التأكيد على أهمية العلاج البيئي في مرض الاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك أهمية الإرشاد المزدوج للآباء والأبناء الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية ، وكذلك للأطفال الذين تعرضوا لتجربة الانفصال عن الوالدين .

— ضرورة سيطرة الانسجام العائلي داخل الأسرة ، لأن الأمن النفسي الذي يسود داخل الأسرة ينعكس إيجابياً على سلوك الأطفال داخلها ، أما شذويع الاضطراب والتفكك داخل الأسرة فيجر على الأطفال مآسي القلق والحزن والاكتئاب .

— الاعتدال في المعاملة : فالقسوة المفرطة من قبل الوالدين أو الذين الزائد أو التذبذب في المعاملة ينعكس مباشرة على سلوك الأطفال ويصلح منهم شخصيات مضطربة قد تؤدي بهم إلى سلوك الاكتئاب والانعزال أحياناً .

— اللجوء إلى العلاج الطبي بالأدوية : وتستخدم في الحالات التي لا تقيد فيها الطرق السابقة . وقد استخدمت الأدوية المضادة للاكتئاب من قبل الأطباء النفسيين مثل الأسبرامين وديزبرامين ، وأميتريبتلين ، ودوكسين ، وكذلك مايفورتولين . وهذا النوع من العلاج يجب ألا يكون الخطوة الأولى في العلاج ، وإنما استخدم فلا بد من أن يستخدم من أجل تغيير الظروف التي أدت به إلى الاستجابة الاكتئابية ، وأن يكون استخدامه بإشراف طبي .

### سادساً : الـامْتِجابات الـمِستَبرية Hysterical Reaction :

#### مفهوم المستبريا ومظاهرها :

المستبريا هي حالة عصبية تظهر فيها الأعراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي محدد . كما تُعبر المستبريا عن فقدان لإرادي للوظيفة أو القمالية أو

اضطراب فيها، يتميز المستوي بأنه يبدأ وينتهي في موافق الانفعالية مشحونة، وترمز إلى صراع نفسي يمكن تعديله عن طريق الانجاء.

ولكن في كثير من الأحيان ، فإن مظهر المستيريا الخاصة بحالة ما لا تتضمن أعراضاً جسمية خاصة ، كما في حالة الشلل ، وإنما خصائص شخصية عامة تتعلق بالمستيريا مثل : سرعة التهيج ، والقابلية للإستهواء ، والليل نحو الانفجارات الانفعالية .

درست المستيريا بصورة منتظمة أولاً من قبل العالم شاركو Charcot ، لما فرويد فقد أعرب عن يقينه بأن الأعراض المستيرية ( التحولية ) تتضمن صدمات أو أنواعاً من الصراع ذات الشحنات الانفعالية تعرضت للكبت ثم تحولت إلى أعراض جسمية تكون بمثابة متفسر أو مخرج .

والاستجابة التحولية في جوهرها ليست إلا حيلة أو ميكانيزم لحماية الذات ، حيث أن الأعراض تعين في صورتها المباشرة على استبعاد التوترات والألم النفسي ؛ فهي وسيلة لحل الصراع النفسي من غير أن يتأثر احترام الفرد لذاته .

أما من حيث القوى النفسية المتفاعلة فإن المستيريا والاضطرابات العصائية الأخرى ينظر إليها كمظاهر صريحة للتعلق والصراع. ويؤدي استبعاد الفرد بدوائمه إلى سلوك أكثر توافقاً .

هذا ومن بين الاستجابات المستيرية التي نلاحظها عند الأطفال حالات الشلل Paralysis والأرتعاش Tremor ، والعمى ، وفقدان الحساسية Anesthesia واللازمة العصبية Tic .

وقد عرف عن الفرد الذي يُعاني من المستيريا أنه لا يكثرث لعجزه أو مرضه الجسدي مهما بلغت خطورته . والأعراض المستيرية كثيراً ما تخفي حين يكون المريض نائماً ، أو تحت تأثير التنويم المغناطيسي وكان ذلك الجزء ذا العلاقة من الجسم قد تحلل في حالة النوم أو التنويم المغناطيسي من مشقة شلل الصراع الجوهري عند المريض

## الأسباب :

- يرى فرويد وفرويد منذ عام ١٨٩٥ أن المستيريا تنجم عن صراع كامن أو مكبوت .
- تعتبر المستيريا مظاهر صريحة للقلق الذي يكون موجوداً عند الأطفال .
- العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد .

## الوقاية والعلاج :

وفي حالة الاضطرابات المستيرية عند الأطفال لا بد للآباء أن يكونوا على بصيرة بأنفسهم ، حيث أن تحسن مفهوم الآباء وفهمهم لأنفسهم يؤدي إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة إلى سلوك أبنائهم المضطرب .

وهناك عدة طرق علاجية للتخلص من الاستجابات المستيرية عند الأطفال من ضمنها :

### أولاً : العلاج بالتحليل النفسي :

يتم تشجيع المريض بالتحدث عن مشكلاته التي يُعاني منها ( التنفيس ) ، ثم عن طريق التداعي الحر . كما يمكن أن يستخدم التويم المغناطيسي بفرض الوصول إلى الصدمات التي وقعت للمريض في الماضي وأدت إلى حالة الاستجابة المستيرية .

### ثانياً : العلاج السلوكي :

يتم علاج حالات المستيريا عن طريق الإشراف الإجرائي باستخدام الإثابة في تدعيم الاستجابات الناجمة ، وعلى الأثر الحسنة للثروة على الاستحسان الاجتماعي للمريض مع تقدمه في العلاج .

ويمز جوزف وولب ( ١٩٥٨ ) بين نوعين من المستيريا : نوع من المستيريا يتصف بدرجة عالية من القلق ، والنوع الثاني يتصف بدرجة منخفضة من القلق . فالذين يتصفون بدرجة عالية من القلق استجابوا جيداً للعلاج السلوكي ، أما المرضى ذوو القلق المنخفض فقد استجابوا بوسائل أخرى مثل : التنفيس الانفعالي والتويم المغناطيسي .



## الفصل الخامس :

### المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال .

- أولاً : اضطرابات النوم .

- ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام ( التغذية ) .

- ثالثاً : التبول اللاإرادي .

- رابعاً : التبرز اللاإرادي .

- خامساً : الشعور بالغيرة .



## الفصل الخامس

### المشكلات السلوكية عند الأطفال

#### طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال :

يُعاني الآباء والأمهات في الأسرة ، والمعلمون في المدرسة في مختلف المراحل الدراسية من مشكلات يُعاني منها الأطفال دون وجود حلولٍ علاجية سليمة لها .

وهذه المشكلات لا يكون لها أسباب عضوية واضحة ، وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يُعاني منه الطفل وتؤدي إلى اختلال جزئي في شخصيته دون أن تفصله عن الواقع ، وتبقى شخصية الطفل المشكل مترابطة ومتكاملة وقادرة على الاستمرار في سلوكه إلى حدٍ كبير .

والملاحظ أن جميع الأطفال يمرون بصعوبات سلوكية وانفعالية . وقد أظهرت دراسة النمو في كاليفورنيا ( California Growth Study ) أن كلاً من الذكور والإناث يُعانون في المتوسط من ٥ - ٦ مشكلات في أي وقتٍ خلال مرحلة ما قبل المدرسة وأثناء المدرسة الابتدائية ، وتنخفض درجة انتشار هذه المشكلات مع التقدم في العمر بالنسبة إلى أطفال المدرسة .

وهذا يعني أن الأطفال في سن ٦ - ٨ سنوات يفوقون الأطفال الأكبر سناً والذين هم ما بين ٩ - ١٢ سنة في عدد المشكلات السلوكية . كما دلت الدراسة أيضاً أن الذكور يفوقون الإناث في ظهور هذه المشكلات . وأن التباين في هذه المشكلات بين الأطفال الوحيدين ، والأطفال الذين هم أشقاء هو تباين قليل جداً ( شيفر وآخرون ، ١٩٨٩ م ) .

وقد أثبتت الدراسات أن الجزء الغالب من الأطفال الذين يُعانون من مشكلات سلوكية قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة سواء بالوفاة أو الانفصال أو

المرض . . . كما أن المشاحنات بين الوالدين وعلاقاتهم المستمرة يؤدي بالطفل إلى عدم الاستقرار والأمن . فالأم التي تفشل في زواجها مثلاً تنقرب إلى طفلها بشكل مبالغ فيه ليعوضها عن تعاستها الزوجية ، كما تبني معه ارتباطاً وثيقاً يحمي كل انفعالاتها المكبوتة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والاتصاف بأمه حتى بعد نضجه مما يجعله شخصية عاجزة واعتيادية وقابلة للإيحاء .

لذلك يجب ألا يقلل الآباء من أهمية المشكلات التي بحاجة إلى أن تواجه وتُحل بشكل فعال ، أما إذا أُهملت فإنها تؤدي إلى مشكلات أكثر خطورة .

وتثبت الدراسات أنه بإمكان الآباء مع قليل من التوجيه من قبل الأخصائيين حل العديد من مشكلات أبنائهم السلوكية بنجاح . ومن الطرق الأكثر نجاحاً في مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم السلوكية ما يلي (٩) :

- ١ - إعادة ترتيب برنامج الطفل .
- ٢ - تعزيز السلوك المرغوب .
- ٣ - طمأنينة الطفل وتقديم الدعم له .
- ٤ - تجاهل سوء التصرف وعدم الانتباه له إطلاقاً .

وسوف نتناول فيما يلي بعض المشكلات السلوكية التي من وجهة نظرنا مهمة بالنسبة إلى الآباء والمعلمين حيث سنتناول كل مشكلة وأسبابها وأساليب الوقاية والعلاج التي يمكن اتباعها .

## أولاً : اضطرابات النوم Sleep Disturbances :

### طبيعة اضطرابات النوم :

يُعتبر النوم ذا قيمة حيوية في حياة الإنسان ، لأنه يُعتبر صمام الأمان للصحة الجسمية والصحة النفسية في آنٍ معاً . وتزداد قيمة النوم بشكل أكبر في مرحلة الطفولة ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها ، وإنما لتحقيق التوازن النفسي للطفل أيضاً . واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة

(٩) شيفر وآخرون : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسيم داود وآخرون ، الجامعة الأردنية ، عمان ، ١٩٨٩ .

الطفولة خاصة في عمر السنتين ، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وخمس سنوات . وهذه الاضطرابات تُعبر عن ردود فعل طبيعية ، وتُعتبر عن عدم الشعور بالأمن . واضطرابات النوم المؤقتة والمعتدلة في شدتها شائعة الظهور ، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تُعتبر أولى الدلائل على وجود اضطراب نفسي لدى الأطفال . والفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

### الأعراض :

تصاحب اضطرابات النوم عند الطفل جملة من الأعراض والتي تكون على شكل أرق ، ولجوال ليلي ، وكوابيس مزعجة ، وكلام في أثناء النوم ... إلخ ، وأهم هذه الأعراض ما يلي :

#### أ- الأرق *Insomnia* :

الأرق هو عدم القدرة في الحصول على النوم الكافي ، يتجلى في صعوبة البدء في النوم ، أو عدم الراحة في أثناء النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه . كما يمكن أن يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح .

فالكثير من الأطفال يُصابون بالأرق الطويل الذي يكون بدوره مزعجاً للطفل والوالدين . فإذا تم التأكد من عدم وجود مرض عضوي مثل الاضطرابات المعدية أو ضيق في التنفس ، أو ارتفاع في درجة الحرارة ... فإن الأرق يكون عرضاً نفسياً ، يظهر على شكل إجهاد خلال النهار ، وسرعة الاستئثار والاختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار . يصاحب اضطراب الأرق شكوى غير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز .

#### ب- التجوال الليلي أو السير في أثناء النوم *Somnambulism* :

وهو من الأعراض الشائعة بين الأطفال ، حيث يحدث عادةً بعد ١-٣ ساعات من استغراق الطفل في النوم حيث يكون هناك التحفُّض واضح في مستوى الوعي والاستجابة للمحيط عند الطفل .

وقد تكون هذه الأعراض عابدة إذا كانت عرضية عابرة ، كما أنها تُعبر عن صراع لا شعوري في حياة الطفل إذا تكررت عدة مرات .

وقد بينت الدراسات أن حوالي ١٠ - ١٥ ٪ من الناس يظهر لديهم المشي أثناء النوم في وقت ما من حياتهم قبل سن المراهقة ، ويظهر تناقص في مرات حدوث المشي أثناء النوم عند من توجد عندهم هذه الحالة مع التقدم في العمر .

#### ج - الكابوس والفرع الليلي : Nightmare and Night terrors

الكابوس يظهر في كل الأعمار ، ويكون ظهوره واضحاً في الطفولة ، حيث يستيقظ الطفل باكياً ويذكر ما شاهده في نومه ، ويرويه لأهله ، ويستجيب لتهنئة الوالدين ويعود للنوم سريعاً .

أما الفرع الليلي فيتجلى على شكل صراخ من قبل الطفل عند استيقاظه ، وتبدو على وجهه علامات الرعب والخوف ، ويستمر في بكائه بالرغم من تهدئة الوالدين له وتطمينه ، ويصاحب ذلك شحوب في اللون وتصبب في العرق ، وقد يتكرر الفرع عدة مرات في الليلة الواحدة .

وقد يتطور الفرع عند الطفل ليكون على شكل نوبات صرعية . وتحدث نوبات الخلم المفرغ خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، ولكنها قد تحدث في أي وقت ليلاً وتزداد قرب نهاية النوم ( محمودة ، ١٩٩٠ ) .

ويتكرر الفرع عند الأطفال الذين يتغمس أبائهم في الخمر والمخدرات ولا يعودون إلى البيت إلا في ساعات متأخرة . والأطفال الذين لديهم حالة الفرع الليلي يكونون عصبي المزاج ، نشيطين جسدياً ، يلعبون إلى النوم وهم مرهقون ، ويظهر الرعب خلال الساعات الأولى من النوم . وهذا الفرع الليلي هو أكثر حدوثاً عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة منه بين الأطفال الكبار والراشدين .

#### د - الحديث في أثناء النوم Sleep Talking :

يتجلى الحديث في أثناء النوم على شكل قسمة بوضوح كلمات ، أو العلق ببعض المقاطع الواضحة ، وهذا الحديث يدل على أفكار ونشاطات من اليوم السابق ، كما يدل على انشغال تام بموقف يثير القلق مثل الرسوب في أحد اللوائح الدراسية . وكثيراً ما يظهر الحديث في أثناء النوم وفي أثناء المرض الذي ترافقه حمى «ارتفاع درجة الحرارة» . وإذا أردنا التعرف على ما يزعج الطفل يمكن

الإصغاء إلى حديثه في أثناء النوم والتحدث معه بشكل مناسب في اليوم التالي .

هـ - مقاومة الذهاب إلى النوم : Resistance to going to sleep :

يقاوم الأطفال أحياناً الذهاب إلى النوم ، وتزداد هذه المقاومة نتيجة اهتمام الوالدين الزائد والقلق لهذه الحالة . وقد تكون مقاومة الطفل للنوم نتيجة القلق أو الإثارة الزائدة ، في حين يشعر آخرون بالوحشة إلى حد بعيد عندما يكونون وحدهم وهم بحاجة ماسة إلى التطمين الذي يحصلون عليه من والديهم .

الأسباب :

تتعدد الأسباب الكامنة وراء اضطرابات النوم فقد تكون الأسباب :

١ - نفسية : مثل الخوف من الظلام ، والاضطراب الانفعالي ، والتوتر ، وعدم الاستقرار ، وعدم الشعور بالأمن ، والتخوف ، والقلق ، والمصراعات الداخلية ، وانقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .

٢ - الأسباب العضوية : الإجهاد الجسدي والعصبي ، والإقراط في الأكل ، والإثارة الزائدة ، والذبحة الصدرية وما تسببه من ألم .

٣ - أسباب أخرى مثل : التفاعلات الوالدين الحاطة عن مدة النوم عند الطفل ، وإجبار الطفل على النوم ، وأساليب المعاملة السيئة للطفل ...

والنوم بالنسبة إلى الطفل الصغير أشبه بالانفصال عن الوالدين ، ويرتبط العديد من اضطرابات النوم بقلق الانفصال ، حيث يخاف الطفل من أن يحصل مكروه لأبويه أثناء نومه . أما الأطفال ما بين ٤ - ٦ سنوات فتكون مخاوفهم محددة مثل أن يقوم النصوص بإيذاء آبائهم ، أو أن ينشب حريق في بيتهم ... إلخ .

طرق الوقاية والعلاج :

تتعدد طرق الوقاية والعلاج في حالات اضطرابات النوم عند الأطفال .

أ - فالطفل الذي يعاني من الأرق لا بد من اتباع ما يلي لتخليصه من هذه الحالة :

• لا بد من وضع جدول زمني لنوم الطفل ومن التأكد من التزام الطفل بذلك . وهذا يعني أن يذهب إلى الفراش ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه ولا بأس من

استخدام ساعة منه . ومن المفضل تجنب النوم نهراً بالنسبة إلى الأطفال الكبار .

• أن يسبق النوم نشاطات هائلة تبعث على الاسترخاء ، مثل القراءة ، كما أن حلاماً يسبقها قبل النوم يساعد على الاسترخاء ، أو تُستخدم كأشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء .

• الأكل باعتدال : لذا لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلاً . كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل : الكافيين مدة ٥ - ٧ ساعات قبل النوم مثل : القهوة ، والشاي ، والكافينو . . . وما يساعد على النوم تناول وجبة خفيفة خاصة إذا كانت غنية بحامض «التريبتوفان» L-Tryptophan ، إذ أن لمخصائص تدفع إلى النوم .

• تشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار . إن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الغامض .

• يجب أن تكون غرفة النوم مناسبة : أي أن تكون معتدلة الحرارة وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع أو من صوت المسجل أو التلفزيون يؤدي إلى اضطرابات في النوم .

• لا بد من استخدام السرير فقط للنوم ، وليس لمشاهدة التلفاز أو للقراءة .

• ينصح الطفل الذي يُعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم ، وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال .

• تغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق .

ب- أما بشأن الطفل الذي يتجول في أثناء النوم فيمكن اتباع ما يلي :

• لا بد من أن يُقاد الطفل الذي يمضي ليلاً إلى سريره .

• إعطاء الطفل الذي يتجول الإيماء بشكل كبير ، إيماءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ بمجرد ملاصقة قدميه للأرض في أثناء الليل .

• يخلد من ربط أجراس في باب غرفة الطفل الذي يتجول ليلاً .



• في حالة المني الحاد في أثناء النوم « مرة إلى أربع مرات أسبوعياً ولفترة طويلة »  
يمكن استخدام دواء إمپرامين ( Imipramine ) ١٠ - ٥٠ ملغم وقت النوم .

ج - في حالة الفزع الليلي والكابوس :

• فمن طرق الوقاية في هذه الحالة ينصح أن تكون الساعة التي تسبق النوم هادئة ، ويتم تجنب مشاهدة التلفزيون والفصص المثيرة ، والألعاب الحسنة .  
كما أن الابتعاد عن الأصوات العالية والصاخبة يكون ضرورياً أثناء النوم .

• كما أن الدعم الوالدي للطفل وتنظيمه حين تعرضه للكابوس أو الفزع الليلي ضروري ، حيث يحمل ويطمئن . ومن الضروري البقاء مع الطفل حتى تنتهي النوبة مما يؤدي إلى نوم هادئ فيما بعد .

• كما أن استخدام العقاقير مفيد أيضاً لوقف حدوث نوبات الفزع الليلي مثل :  
دواء Diazepam و Imipramine .

• كما أن إزالة الزوائد الأنفية في حالة وجودها ضروري لإبعاد الطفل عن حالة الفزع الليلي والكابوس .

• ولا بد من السماح للطفل بالتنفس عن انفعالاته من خلال اللعب ، ليصحر من مخاوفه وقلقه ، وذلك من خلال تمثيلية مسرحية أو تمثيلية الدمى والتغلب على الأشياء المخيفة بالتفوق عليها .

## ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام ( التغذية ) Problems Eating

مفهوم المشكلة ومظاهرها :

إن عادات الأكل كغيرها من العادات تحتاج إلى تدريب صحيح في الوقت المناسب ، وهي من أولى العادات التي تتطلب الانتباه والرقابة من قبل الوالدين . ذلك أن الكثير من العادات السيئة التي يكتسبها الفرد في طفولته وثيقة الصلة بعاداته في المراهقة وخاصة في عادات الأكل والنوم والإخراج ، ويمكن أن تكون أولى الصعوبات التي تواجه الأم صعوبة مزدوجة هي : تقديم الغذاء اللازم للطفل حديث الولادة ، وتكوين عادات حسنة لتناول هذا الغذاء في الوقت المناسب .

هذا لا بد للوالدين أن يعبرا أهمية كبيرة ، وفيها دقة في كيفية التعامل مع الطفل في أثناء وجبات الطعام اليومية ، إذ لا يمكن ضمان الصحة النفسية والبدنية للطفل إذا كان هناك شلوك في تناول الطعام ، ووجود انفعالية من قبل الوالدين سواء بالكلام أو بالفعل ، أو إسراف في رعاية الطفل .

فكثيراً ما تجلب انفعالات الآباء وعنايتهم انتباه الطفل ، وتبعث عنده شعوراً بالقوة ، توحي له أن ساعة تناول الطعام فرصة مناسبة لاجتذاب الانتباه إليه والاهتمام بأمره ، وهذا ما يوجب عن الأم لئلا . فسلوكه هذا يجعل الأم تجلس لإطعامه مثلاً أو تقص عليه بعض القصص ، أو تغريه وترشوه ليأكل ، أو تهدده وأحياناً ما تدفع عيناه حنقاً وغضباً . وهذا ما يبعث عند الطفل الرضا والراحة دون أن يكون عارفاً بالعوامل التي تدفعه إلى سلوكه هذا .

وهذه الظروف التي تتعلق بإطعام الطفل وما تجره من مشاكل تكون أحياناً عامة ولا تخلو منها طبقة اجتماعية ، ولكنها أكثر ظهوراً عند أبناء المترفين الأثرياء ، خاصة عند من يكون أمر تربية أبنائهم موكلاً إلى للربيات .

ونود التأكيد أنه من الصعب وضع معايير دقيقة لغذاء الطفل ، إذ أنه ليس من الضروري أن يكون لكل الأطفال من عمر واحد وزن واحد ، ولن ينجم أي ضرر إذا أضعفنا فيما نسميه « معايير الطعام » أو إذا رفض الأطفال أحياناً وجبة أو التتين من وجبات الطعام .

وأكثر المشكلات المتعلقة بتغذية الطفل شيوعاً ما يلي :

#### أ- ضعف الشهية للطعام :

من الطبيعي أن يثير ضعف شهية الطفل للطعام انزعاج الوالدين وقلقهما ويحذر على جانب كبير من اهتمامهما ، وعند بحث هذه المشكلة لا بد من معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية للطعام دائماً أم مؤقتاً .

فإذا كان دائماً فإن ذلك يعزى إلى عوامل مزمنة ، أما إذا كان مؤقتاً فذلك يعود إلى عوامل طارئة . كما يجب معرفة فيما إذا كان فقدان الشهية للطعام فجائياً أم تدريجياً ، إذ أن فقدان التفجائي للشهية غالباً ما يكون مصحوباً بأعراض مثل ارتفاع درجة الحرارة أو التقيؤ أو الغضب أو الحزن ... إلخ .

كما يجب معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية عاماً يتناول جميع المأكولات ، أم خاصاً يتناول البعض دون الآخر . وكذلك معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية للطعام يظهر في جميع المناسبات أو في مناسبات معينة كالأكل للفرد ، أو الأكل على مائدة غير متنوعة الأصناف وما إلى ذلك .

يظهر ضعف الشهية للطعام على شكل تألف ، أو البطء في تناول الطعام أو انعدام الرغبة فيه .

### الأسباب :

هناك أسباب عديدة تكمن وراء ضعف الشهية للطعام منها :

#### أ - أسباب عضوية :

هناك صلة وثيقة بين النشاط الغدي العام ، وتمثيل الطعام والغالبية لأغده . فالصلة وثيقة بين الحياة الجسمية والحياة النفسية للطفل . كما أن إصابة الطفل بأمراض القم والأسنان والجهاز الهضمي يمكن أن تسبب تقور الطفل من الطعام أو تضعف شهيته له . وهناك فوق هذا بعض الخصائص الجسمية العامة التي تصاحب عادة فقدان أو ضعف الشهية للطعام ، فصاحب الجسم الطويل الرفيع يكون قليل الشهية للطعام ، بخلاف صاحب الجسم الواسع الثخين .

وقد وجد أحد الباحثين أن ٨٢ ٪ من الأطفال قليلي الشهية للطعام من النوع الرفيع الطويل . وبهذا فإن هذه الأسباب تستدعي على أية حال فحصها جيداً ، وتحديد الدور الذي تلعبه .

#### ب - أسباب نفسية :

تتأثر القناة الهضمية المعوية تأثراً شديداً ومباشراً بالاضغالات ، وقد أثبتت البحوث الفسيولوجية أن جهاز الهضم لا يقوم ببناء عمله أو يزيده بشكله ناقص في أثناء الانفعالات الشديدة . فالعصاة الهضمية يقل إفرازها أو يقف ، كما تعطل العمليات اللازمة للهضم في أثناء الانفعالات . وقد وجد أن الكثير من الأمراض المعوية والمعوية تكون نفسية المنشأ . أي ناشئة عن حياة انفعالية مضطربة ، مثل أمراض القرحة المعوية ، والتهاب القولون . كما أن الطفل يفقد شهيته للطعام في أثناء نوبات الغضب ، والحزن . لذا لا بد للوالدين من تأجيل

وجبة طعام الطفل إذا كان في حالة انفعالية شديدة حتى يبدأ .

كذلك فقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها عند الطفل أحياناً حيلة شعورية أو لا شعورية لعقاب الوالدين ، أو لعقاب الذات .

فلذا أكتب الطفل فقد يعاقب نفسه بالامتناع عن الطعام . كما أنه إذا عوقب من والديه يقطع أيضاً عن الطعام عقاباً لوالديه ولنفسه في الوقت نفسه .

وقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها وسيلة لجذب انتباه الآخرين له والوالدين ، فهذا الضعف للشهية يثير حوله اهتماماً عاصاً من والديه لا يحصل عليه عادة دون هذا الإجراء . كما أنه وسيلة للسيطرة عليها .

ج - أسباب اجتماعية :

تأخذ عملية إطعام الطفل طابعاً مقدساً عند بعض الأسر في الطبقات الوسطى والعليا ، حيث يرافق إطعام الطفل أحياناً بتصفيق وبهليل ، وسرد قصص مختلفة ، ورشوة الطفل باللعب ومنحه بعض الجوائز لإغرائه على الأكل مما يؤدي في النتيجة إلى إغراض الطفل عن الطعام وتقززه وتقوره منه .

وبنتيجة اهتمام الأسرة للبالغ فيه في إطعام الطفل تزداد المشكلة تعقيداً خاصة عندما تصبح مشكلة مزمنة وأكثر حدة بسبب الصراع والتوتر الناجم عن ذلك . فجو الأسرة المتوتر لا يساعد على الأكل بشكل مناسب ، كما تصبح رغبة الطفل في إنهاء الوجبة بأي شكل هو الحل الوحيد عند الطفل . وقد يكون الآباء الذين يمثلون نموذجاً بالنسبة إلى الطفل هم السبب المباشر لسلوك أبنائهم . فلذا كان الأب يصرح بما يجب وما لا يجب من الطعام وكذلك تقوم الأم بالأسلوب نفسه فإن ذلك ينعكس على الطفل ، حيث يظهر في أكله أشكالاً من التأنف والمفاضلة ويكون هذا قائماً بأكمله على التقليد . كما أن انتقال الأطفال إلى التعليم المناسب بشأن عادات الطعام وعدم التعزيز في حالة الأكل المناسب من الأسباب التي تسبب الإغراض عن الطعام .

٢٠ - القى :

يُعتبر القى من أكثر الأعراض شيوعاً عند الطفل نظراً لحساسيته الجسمية والنفسية ، إذ يحدث ذلك مع أي ارتفاع في درجة الحرارة ، والتقلبات الجوية ،

والحميات المختلفة . لذا لا بد لنا من التأكد من اختفاء هذه الأعراض قبل البحث عن الأسباب النفسية التي تسبب القيء وأن تغلب بشكل دقيق عن أسباب التوتر الانفعالي لديه ، والتأكد فيها إنفاً كان القيء عارضاً أو متكرراً ، وفيما إنفاً كان مرتبطاً بنسبة معينة لم علماً .

### الأسباب :

بالإضافة إلى الأسباب العضوية والتي ذكرت مقدماً ، يمكن إجمال أهم أسباب القيء عند الطفل بما يلي :

- ١ - التهديد والعقاب : إن الأم بعد أن استنفذت جهودها في إغراء الطفل بالطعام ، تلجأ إلى هذا الأسلوب وترغم الطفل على الطعام ، وقد تنجح أحياناً في ذلك ولكن في هذه الحالة تكون العملية الفسيولوجية المتعلقة بالمضغ قد أصابها الاضطراب ، والذي نتج عن شدة الموقف الانفعالي الذي أحاط بالطفل ، مما يؤدي بالطفل إلى قذف الطعام قذفاً لا إرادياً .
- ٢ - وقد يكون القيء جانبياً في حيلة يصطنعها الطفل لاجتناب الرعاية من أم تبالي في الشفقة عليه وتسرف في ذلك . كما يكون حيلة دفاعية للتعبير عن احتجاجه ونفوره وتقرزه من بعض الظروف الأسرية .
- ٣ - نعاسة الطفل ، وعدم حصوله على الحنان الكافي من والديه ، وكذلك نزاعه المستمر مع إخوته والذي تكون نتيجته الغلبة على أمره .
- ٤ - الكبت والحزن والإحباط لدوافع الطفل ورغباته ، وحرص الوالدين على حجبها بالمنزل وعدم اختلاطه بالأطفال الآخرين .
- ٥ - وأحياناً يحدث القيء عند بعض الأطفال مرهفي الحس ، إذ أن مشاهدتهم أو سماعهم لغيرهم يقيئون ، سرعان ما يلقفون بالطعام من ألوانهم . وفي هذه الحالة يحدث القيء كتقليد للآخرين . لذا لا بد من التنبيه بالالتزام بالعزلة في أثناء القيء من قبل الأم أو غيرها من الكبار .

### ٣ - الشراة :

تعتبر الشراة في تناول الطعام من المشكلات التي يندر أن يشكو منها الإنسان، وهذه المشكلة تبدو بصور مختلفة . فقد يأكل الطفل أكثر مما يحتاج دون

أن يحسن مضغه . والشراعة تكون عامة ، وقد تكون خاصة تظهر في مناسبات معينة دون غيرها . فيحس الناس ينظر إلى الطعام كنوع من الهواية والتي يصرف فيها وقته وماله .

### الأسباب :

١ - الأسباب الجسمية : فقد تكون الشراعة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعوية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام . كما قد تكون الشراعة ناتجة عن اضطراب في الغدد عند الطفل مما يشعره بالحاجة الملحة إلى تناول الطعام .

٢ - وقد تكون الشراعة مصدراً للشعور بالرضا النفسي : لأن أكل كمية كبيرة من الطعام يعوض الشعور بالخمرمان ، ويؤدي إلى شعور بالسلوى والعزاء من خلال الطعام . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراعة هي تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالقلم ، والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة .

٣ - كما قد تكون الشراعة وسيلة دفاع وحماية للذات من الأشياء التي يدركها الطفل على أنها مصدر خطر . لذا فإن فقدان الشعور بالأمن والذي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين ، والشعور بالاكنتاب يشعر الطفل بالحاجة الملحة إلى تسلية النفس عن طريق الأكل والشراعة فيه .

٤ - ومن أسباب الشراعة الإفراط المتعلم في الطعام : فالكثير من الأطفال يكتسبون من الطعام لإرضاء آبائهم ، لأن الآباء يعتقدون أن الأطفال البدينين أكثر صحة وأوفر سعادة ، كما أن التعزيز الإيجابي للأبناء بالإكثار من الطعام يؤدي إلى تأصل هذه العادة مثال : « كل أكثره أو الاتسامة والمديح . كما أن تعلم الشراعة يكون بتقليد الوالدين البدينين اللذين يقدمان نموذجاً لأبنائهما .

### الوقاية والعلاج :

١ - لا بد من العلاج الطبي للأمراض الموجودة عند الطفل والتي قد تكون سبباً في ضعف الشهية للطعام مثل أمراض الدم والأسنان والجهاز الهضمي .

٢ - عدم إكراه الطفل على تناول الطعام ، وتجنب الوجبات الطويلة حتى لا تُسبب الملل للأطفال ، ومن الضروري رفع الوجبة بعد نصف ساعة بشكل تدريجي مع القول : « أعتقد أنك لست جائعاً اليوم » . كما يجب تجنب إغارة الاهتمام لقلة الأكل عند الطفل ، إذ أن ذلك يعزز مشكلات الطفل المتعلقة بضعف الشهية وزيادتها .

٣ - تجنب المقادير الكبيرة من الطعام ، إذ من الأفضل إعطاء كميات قليلة من الطعام للطفل ، مثلاً : نصف كوب حليب ، أو قطعة صغيرة من الخبز ، إذ أن ذلك يؤدي بالطفل إلى طلب المزيد حين الحاجة .

٤ - تجنب تناول مأكولات خفيفة بين الوجبات من قبل الطفل . فالتأكلات الخفيفة تقلل الشعور بالشهية . وفي هذه الحالة يمكن وضع الطعام في خزانة تمنع وصول أيدي الأطفال إليها . ومن الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة .

٥ - ومن الضروري أيضاً تجنب الصراعات ، والمجادلات ، والإحباطات في أثناء وجبات الطعام . فليس من الضروري أن تحاصر على الطفل حول إهمية الأكل وتقول : « أرجو أن تحب هذا مثلاً ، وليكن لديك توقع هادئ بأن الأطفال سوف يأكلون ما يُقدم لهم . كما يجب تجنب الإثارة الانفعالية في أثناء الطعام وأمام الأطفال .

٦ - والثناء في تقديم الطعام فضل كبير في فتح شهية الطفل ، فقد يجذب انتباه الطفل أن يكون له مائدة صغيرة ، وأطباق خاصة ، وأن يؤذن له بالجلوس بجانب أمه . ومن الأفضل أن يعرف الطفل أنه إذا تعلم كيف يأكل يبدو ويشكل لائق ، يسمح له بالجلوس مع الكبار إلى المائدة .

٧ - لا بد من تقديم الطعام في أوقات جذابة للطفل وسرعة وهادئة . ومن الضروري أن تكون وجبات الطعام مناسبة لاجتماع الأسرة في جو سار وممتع ، مما يشكل خبرة إيجابية دائمة لعملية الأكل عند الطفل .

فالأكل ينبغي أن يكون متعة وليس معركة يكره الأطفال على الأكل خلالها . لذا فإن التهاء الراشدين الذي يتصف بالاسترخاء وعدم الضغط ، بعد عتصراً أساسياً ، إذ أن تقديم الطعام بشكل عرضي وبدون الحافز يبعث

على الاسترخاء ويؤدي إلى عادات أكل جيدة ويمنع تطور المشكلات ،  
فالتحجير والتأنيب والتفقد لعادات الطفل في أثناء الطعام ينبغي تجنبه بشكل  
تام .

٨ - ومن الضروري إشراك الأطفال في انتقاء الطعام ، وإعداده في سن مبكرة ،  
وأن يستمر خلال فترة المراهقة . لذا لا بد من إشراك الطفل في شراء المواد  
الأولية للطعام ، وأن يشترك بشكل أولي بأخذ رابه في الطريقة التي يفضل  
طبخها . كما أنه بالنسبة إلى الطفل الصعب إرضاءه صنع مخاض مختلفة من  
الطعام ليصبح أكثر جاذبية إلى الطفل ( طائرة ، قلم ، ... ) كما يمكن  
تقديم حضروات نيئة مع الوجبة ، وأن تقدم الأطعمة غير المرغوبة بخلطها  
مع أطعمة مرغوبة .

وبالنسبة إلى الأطفال الذين لا يرغبون في تناول وجبة الإفطار يمكن جعل  
هذه الوجبة مغرية لهم .

### ثالثاً : التبول اللاإرادي Enuresis :

#### مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهره :

يُقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لاإرادياً في الفراش من قبل  
الطفل في سن المراهقة فما فوق . أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في  
عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي .

وهذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم  
قدرته على التحكم فيها حتى يلعب إلى الحمام وإفراغ المثانة إرادياً . ويرى Baileer ( ١٩٧٥ ) أن التبول اللاإرادي « حالة من التفرغ اللاإرادي للمثانة ليلًا  
عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في  
الأسبوع من غير أن تظهر عنه أسباب عضوية واضحة » .

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشروع عند الأطفال الذين يعانون من بعض  
المشاكل العاطفية والانفعالية ، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه  
المشاكل . وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل وقد يكون في النهار وقد يكون في  
الليل والنهار . وقد يكون التبول اللاإرادي متصلاً أي منذ الولادة ، وقد يكون



مقطعاً ، فقد يحقق الطفل نجاحاً لمدة ثلاثة أشهر في انقطاعه عن التبول اللاإرادي ، إلا أنه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠٪ منهم) من نوع التبولون لا إرادياً بشكل متصل . .

كما أظهرت الدراسات أن حوالي ٢٥٪ ممن يتبولون لا إرادياً في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار .

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً تتناقص تدريجياً مع تقدمهم في العمر . وتشير البيانات إلى أن كل واحد من كل أربع حالات ما بين الرابعة والخامسة من العمر ، وأن ١٢٪ من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر ، وأن ٥٪ من أطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة ، و ٢٪ من صغار الراشدين يعانون حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في فرائضهم . كما بينت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين تعلموا ضبط التبول ليلاً إلى ٧٥٪ ، وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي ، ويبقى حوالي ١٠٪ منهم يعانون من المشكلة ، وتتناقص هذه النسبة سنوياً .

ويرى كمال ( ١٩٨٣ ) أن التبول اللاإرادي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر ، وأن هذه العادة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر ، ويشير أيضاً إلى أن حوالي ٨٩٪ من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة ، وتستمر عند البعض الآخر .

ويعاني من هذه المشكلة حوالي ١٣ - ٢٥٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي . وأظهرت الدراسات ( عكاشة ، ١٩٧٦ م ) أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث . وبينت دراسة كاوفمان Kauffman ( ١٩٨١ ) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث . والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تعتبر مشكلة إذا ما حدث ذلك في العقولة المبكرة ( أي قبل ثلاث أو أربع سنوات ) . أما إذا استمرت بعد هذه السن فإنها تعتبر حالة مرضية .

وأظهرت الدراسات Kauffman ( ١٩٨١ ) ، و Schaefter ( ١٩٧٩ ) أن تبليط الطفل لفراشه بعد الخامسة من العمر مرات قليلة ليس مشكلة ( لأن

المرض لم يتكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتبولون في ملابسهم أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو الخوف أو الخجل من استئذان المدرّسة أو لانشغالهم باللعب . كما قد يتبول البعض لاإرادياً ليلاً نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم . وتشير الدراسات Schaefer ( ١٩٧٩ م ) ، و Berg ( ١٩٧٩ ) أن حوالي ٧٥ ٪ من الحالات ( التبول اللاإرادي ) تعاني من تبول ليلي ، ٢٠ ٪ من تبول ليلي ونهارى و ٥ ٪ من تبول نهارى فقط .

### أسباب التبول اللاإرادي :

عُرفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور ، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة . وكان الليل الغالب آنذاك أن سبب هذه المشكلة ، حلول أرواح شريرة بأجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالضرب وكبهم بالحديد والنار لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم .

وأشارت الدراسات الأثروبولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوب إفريقيا تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لاإرادياً سببه وجود دم قاسد و Bad Blood ، في أجسامهم ، وعالجوهم بفتح ثقب في أهل الصدغ لقصد هذا الدم .

وفي القرن التاسع عشر ساد الاتجاه الذي يرى أن سبب التبول اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين وعالجوها بالأدوية والمعالجات الطبية .

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واتجه النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية . وتجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي :

#### ١ - أسباب عضوية وراثية :

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خللٌ في الجهاز البولي ، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تصيبه « أي التي تصيب الجهاز البولي ، مثل التهاب مجرى البول ، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أو المثانة أو الحالب » أو نتيجة الإصابة بأمراض أخرى مثل التهاب

المستقيم ، ومرض السكري ، والإمساك وسوء الهضم .

وأكدت الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من ثبول لاإرادي متصل يكون لديهم عدم نضج كلف ليكاتيكية السيطرة على المثانة .

وتتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة ، مثل : التهاب القناة البولية ، واضطرابات بنوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فوهة المثانة ، ما بين ١ - ١٠ ٪ . وكثيراً ما يرتبط الثبول اللاإرادي بوجود البول الحفصي المركز ، ويتدان في الشرح . . . .

وتشير بعض الدراسات « Freary » إلى أن مشكلة الثبول اللاإرادي مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال الثبولين لاإردياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢ ٪ آباء ، و ٢٠ ٪ أمهات . وأيد « Katter » ذلك فوجد أن ٥٢ ٪ من أسر هؤلاء الأطفال هم فرد أو أكثر كان يُعاني من الثبول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يُعاني منه ( عودة ، وآخرون ، ١٩٨٤ ) . ويرى « Human ( ١٩٧٧ ) » أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حالات الثبول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال الثبولين لاإردياً منها بين آباء الأطفال غير الثبولين لاإردياً عندما كانوا أنفسهم أطفالاً .

ولكن القول بوراثة الثبول اللاإرادي قول ضعيف علمياً حتى الآن . إذ لا يوجد دليل علمي يدل أن الثبول اللاإرادي ينتقل عن طريق المورثات ولا عن طريق جراثومة مرضية . لكن الإحتمال الأكثر قبولاً في وراثة الثبول اللاإرادي هو وراثة الأطفال الذين يُعانون من هذه المشكلة ، لخصائص فسيولوجية ( استعدادية ) تؤدي إلى تأخر نضج المثانة وضعف العضلة القابضة .

ب - أسباب انفعالية - نفسية :

في معظم الحالات يعود الثبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية ، انفعالية ، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق ، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلل ثيابه أو فراشه . ويرى « فرويد » في تفسيره للثبول اللاإرادي على أنه عرض تكويسي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر ، ويعتقد أنه مهدد بفقدان حبها له ، مما يؤدي إلى ظهور هذه

للمشكلة لديه لجذب انتباهها إليه ، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبلييل الفرائش ليحصل حل مزيد من الاهتمام ورعاية الوالدين (Books ١٩٧٣ م ، عن عوفة ١٩٨٤ م) .

كما يرى كولب Kolb ( ١٩٦٨ ) وكوران وبارنجر وستوري Curran, Pae- tridge & Story ( ١٩٧٢ ) ، وكذلك Kauffman ( ١٩٨١ ) أن التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي . فالطفل العدواني يميل إلى التبول اللاإرادي .

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد ما يفرحه فيها ، ويغضب منها ، يحقد عليها ويحقرها ويبول عليها .

كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلاً عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه .

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات القترسة أو من التهديد ، أو لسبب قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي . بالإضافة إلى ذلك فالملاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة .

ويرى كولب Kolb ( ١٩٦٨ ) أن ممارسة العقاب على الطفل يؤدي إلى ظهور هذه الحالة لديه ، حيث يقوم الطفل هنا بسلوك انتقامي من الذين يمارسون العقاب وينسون عن غضبهم .

وتشير الدراسات أيضاً Kauffman ( ١٩٨١ ) إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل ، وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبذل فرائشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها : مص الأصابع ، وقضم الأظافر ، وأحلام اليقظة ، والشرد الذهني ، والانتطواء ، والتأناة ، والخوف ، والانتكالية . كما وجد بيرفي Beverly ، أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبطلون فرائشهم بالعصية وسرعة الغضب وسرعة البكاء . وفي دراسة أخرى ( جولدريد ، ١٩٧٧ ) وجد أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم ، وسليبيون ، ويغافلون من اللعب النشط ، ولا يؤدون أي عمل بجدية ، ولتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية .

ويرى البعض ارتباط التبول اللاإرادي بمستوى الذكاء . إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر ببطءاً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء ( الريحاني ، ١٩٨١ ) .

### ج - أسباب اجتماعية :

تعتبر الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية المسؤولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل . فكثر عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكلٍ مبكر تركز العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي .

لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاء في التدريب عليه . فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملوا في تدريبه أو عليه بطريقة خاطئة ( Kauffman ١٩٨١ م ) ، عن ( عودة وآخرين ، ١٩٨٤ م ) .

— كما أن القسوة في المعاملة ، وحرمان الطفل من حنان الوالدين ، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي .

— كما أن التدليل الزائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين ، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعوّداً على الأخذ دون العطاء ، انتكالياً في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتثبيت .

— كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء ، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالخقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهينين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الانتباه إليهم .

— ويخطئ الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبليبل فرائضه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويطيل استمرارها . كما يخطئ الوالدان أيضاً عندما يجهلان هذه العملية بسريّة تامة ، كأن هذه المشكلة من المحبوب للمخجلة مما يشعر الطفل بالحجل والذنب والقلق وتتعدد المشكلة أكثر .

— كما أن للخلافات الأسرية دوراً كبيراً في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثلثة لديهم . فتهديد الأب للأب بالطلاق ، وتهديد الأم للأب بترك البيت على أسراع الطفل ، يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه ويتوقع الحرمان في كل حين ، مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة ، ويشعر بالقلق والصراع ، مما يؤدي به إلى النكوص والتثبيت في عملية ضبط المثلثة ، وظهور التبول اللاإرادي عنه .

علاج التبول اللاإرادي :

أولاً - العلاج الطبي :

وبعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تُعالج مشكلته على أنها حالة تبول لاإرادي وظلّفي ، وذلك باستخدام العلاج النفسي . ومن أهم أساليب العلاج النفسي حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

أ - العلاج بالاستبصار :

يقوم هذا النوع من العلاج على أسس تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط

علاج التبول اللاإرادي :

لا بد من علاج الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية . ومن المتوقع أن يكون تجاوب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً ، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية ، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً . ويذكر كوران وآخرون (Curran, et.al ١٩٧٢) أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعاني من نوم عميق ، كما يمكن استخدام الأدوية المفقوة للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العميق مثل « البلاتونا » و « اللانثالون » وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثلثة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول . كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل « التوفرانيل Tofranil والترينيزول » ، بكميات تتراوح بين ٢٥ - ٨٥ ملغم يومياً وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية ، وتقوي الأعصاب السمبثاوية وتقلل من القلق والاكتئاب الذي يعاني منها الطفل ، وتساعد على تشكيل الفعل الشعكس الشرطي وهو البقطة عند امتلاء المثلثة بالبول . وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل الشعكس الشرطي الجديد ( عكاشة ، ١٩٧٦ ) .

والمخاوف بأساليب مباشرة .

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالأخرين ، وإلى تنمية دوافعه لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة ، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج .

ولا يكفي المعالج بتبصير الطفل بحالته ، بل يعمل على توجيه عناية الوالدين والمحيطين بالطفل من أخوة ومدرسين ، وتبصيرهم بالمشكلة ، وأسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب .

#### ب - العلاج السلوكي :

يُعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي . وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج . ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة ، وتدريبه بطريقة صحيحة . وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال ، بجهود قليلة ووقت قصير ، ودون أن يكون له آثار جانبية سلبية . وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

#### ١ - التعلم الإجرائي :

وهذه الطريقة ترتبط باسم «سكتر» في التعلم الإجرائي منذ عام ١٩٥٠ ، والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي . كما سُميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي ، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة ، وتختفي المشكلة . ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي :

#### أ - لوحة التجوم Star Chart :

ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي

الجافة . . . ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبية ، وإن يُعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فترة إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن ، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل . أما بالنسبة إلى الليالي اللبلة فيُتجاهل الأيوان ذلك .

وقد وُجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المثبولين لاإراديًا . وفيما يلي نموذج لهذه اللوحة في الشكل رقم ( ١ ) :

اسم الطفل : .....			
الليالي التنظيفة			
		•	السبت
		•	الأحد
		—	الاثنين
		•	الثلاثاء
		•	الأربعاء
		•	الخميس
			الجمعة

شكل رقم ( ١ ) : لوحة النجوم .

ب ـ الاحتفاظ بالبول : Retain Urine :

لقد دلت الدراسات على أن عدداً من المثبولين لاإراديًا غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في اللثانة . لذا فإن تدريب الطفل على احتياك كميات أكبر من البول في اللثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة اللثانة على الاستيعاب ، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بمشائه نهائياً بتحويل الأمر إلى لعبة شيقة ، حيث يستمر الطفل في إطالة فترة تحكمه باللثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها ، أو أن يطلب من الطفل التوقف عن إزال البول في أثناء عملية التبول ومن ثم يطلقه « Stop and Start » في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة اللثانة ويساعد على الشفاء .



## ٢ - التعلم الشرطي :

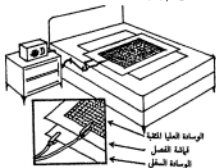
### أ - طريقة الجرس والوسادة :

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور ( Mowrer & Mowrer ) بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الجرس والوسادة . وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات ، فبعد استخدام هذا الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالي ٧٠ ٪ من الحالات . أما الحالات الأخرى فإن معاونة استخدام الجهاز مرة أخرى ينهي في العادة الانتكاس .

يتكون الجهاز من وسيلة رقيقة خاصة للتدريب تُوضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة ، بحيث عندما تَبْلل ليلاً يغلّق دائرة كهربائية ، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح مما من شأنه إيقاف الطفل وأخذه إلى الحمام .

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة تُرفع الوسادة والجرس . وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبين نجاحها في علاج ٧٠ ٪ إلى ٩٠ ٪ من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضوية . وفيما يلي في الشكل رقم ( ٢ ) نموذج لهذا الجهاز :

يتم الطفل على وسادة أو وسادات تتصل بجهاز إنذار يُعطي صوتاً متتابعاً للطين ( طنان ) .  
وعندما يتبول الطفل على الوسادة ، فإن البول يذاته ينقل الدارة الكهربائية فيصدر جهاز  
الإنذار أصواتاً . الشكل رقم ( ٤ )



الشكل رقم ( ٤ ) : جهاز الإنذار مثبت على السرير .

### ب - طريقة إيقاف الطفل ليلاً :

كما استخدم التعلّم الشرطي عن طريق إيقاف الطفل ليلاً ( Night time Awakening ) ، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي يبل فيه الطفل عادة فرائسه كل ليلة ثم ضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاف الطفل وذهابه إلى المرحاض ، ومن ثم يعاود النوم حتى الصباح . وبعد مرور سبع ليالٍ متتالية بدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه ليطلق بعد مرور ساعة ونصف من ذهابه إلى النوم ثم بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم ، ثم تُخفض إلى ٤٥ دقيقة ، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة . وبعد هذا على الطفل أن يعود الذهاب إلى المرحاض بدون المنبه كل ليلتين مرة حتى يُكفى استخدامه تدريجياً .

### ٣ - خفض القلق :

قد يكون التبول اللاإرادي ظهور فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد

أمضي فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه . وهنا لابد من البحث عن الحوادث التي أثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل : ولادة مولود جديد في الأسرة ، أو الانتقال إلى منطقة جديدة ، أو حدوث شجار عائلي ، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة . وهنا لابد من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيد من العناية والرعاية والدعم والفهم للطفل ، وتوفير جو من الأمن والعطانية في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق .

ولا بأس من الجلوس مدة ١٠ - ١٥ دقيقة والحديث مع الطفل حديثاً يبحث على الاطمئنان والارتياح ، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء . ومن الممكن أيضاً قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات ممتعة ، ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوانب الصراع والتوتر اللذين يعاني منهما الطفل والعمل على حلها أيضاً .

#### ٤ - فرض عقاب على الطفل :

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي ليلاً أن يقوم بتغيير الشراشف المبللة ، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشعاره بالذنب .

#### ٥ - استبعاد السوائل :

لابد من استبعاد السوائل مثل : اللبن والماء والعصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة .

#### رابعاً : التبرز اللاإرادي Soiling :

يُعرف التبرز اللاإرادي على أنه تبرز الطفل في ملابسه بشكل مستمر بعد أن يكون قد تجاوز الثالثة من عمره . ويكثر ظهور هذه الظاهرة ما بين عمر ٣ إلى ٨ سنوات ، وبالرغم من أن التبرز اللاإرادي أقل انتشاراً من التبول اللاإرادي ، إلا أنه ليس نادر الحدوث إذ ينتشر بين أطفال سن الثامنة بنسبة ٢,٣ ٪ للذكور و ٧ ٪ للإناث . وهذه النسبة تعادل تقريباً ثلث معدل انتشار التبول اللاإرادي تقريباً . ويتناقص حدوث التبرز اللاإرادي بشكل تلقائي بمعدل ٢٨ ٪ سنوياً

ويختفي تماماً في سن السادسة عشرة .

لذا فإن التبرز يصير حالة التبرز اللاإرادي على المدى البعيد ممكن ، بالرغم من أن الحالة قد تستمر لمدة سنتين أو ثلاث قبل أن تنتهي . ومن خلال المعالجة يمكن أن تتحسن الحالات خلال بضعة أسابيع وتختفي بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر .

والتبرز اللاإرادي نادر بين المراهقين وصغار الراشدين باستثناء الأشخاص الذهانيين أو المشغولين عقلياً لحلقاً شديداً .

ويبرز معظم الأطفال للتصابين بهذه العادة بعد عودتهم من المدرسة إلى البيت في فترة ما بعد الظهر وخاصة خلال فترات التوتر أو الإثارة . والتبرز اللاإرادي نادراً ما يكون نتيجة إخراج الأطفال للبراز بشكل متعمد ، بل يكون في معظم الأحيان نتيجة الاحتفاظ بالبراز لمدة طويلة مما يسبب امتلاء الأمعاء وانتفاخها ويجعل الإخراج غير منتظم ، وتكون كمية البراز كبيرة وجافة ويكون خروجها مؤلماً .

وبشكل عام فإن الأطفال الذين يتبرزون لاإرادياً لا يعرفون حاجتهم الطبيعية إلى الإخراج بسبب الإمساك الشديد ، كما أن الكثير من الآباء لا يعرفون أن أطفالهم يعانون من الإمساك ، وقد يعطى الكثير من هؤلاء الأطفال علاجات ضد الإسهال بسبب تسرب المواد المخاطية والبراز نتيجة امتلاء أمعائهم .

والتبرز المستمر Continuous ، يعني أن الطفل لم ينتج أبداً في السيطرة على حركة أمعائه لأي فترة زمنية . أما التبرز المتقطع Discontinuous ، فيعني أن الطفل كان قادراً على التحكم إلا أنه فقد هذه القدرة فيما بعد وعاد إلى التبرز . فالتوتر الناتج عن مصدر خارجي مثل بدء الذهاب إلى المدرسة يمكن أن يسبب تكوفاً في قدرة الطفل على السيطرة على حركة أمعائه . وللتبرز اللاإرادي آثار خطيرة على أولئك الذين يعانون منه ، فالطفل الذي يتبرز لاإرادياً غالباً ما يتبنى مفهوم الذات لديه بشكل متزايد ، وقد يدافع ضد فقدانه احترام الذات ويتبنى اتجاه أنا لا يعني ، I do not care attitude . كما أن العلاقات الاجتماعية للطفل التبرز لاإرادياً غالباً ما تتأثر بشكل حاد ، فقد يصبح الطفل عرضة لسخرية وقلقه . وإذا عدنا إلى مرحلة الطفولة المبكرة فإن الطفل عندما يذهب إلى

المرحاض يكون لديه شعور وكأنه يريد أن يتخل عن شيء خاص به ، وأن تفريغ الأمعاء يتخذ صفة الملكية بالإضافة إلى المجهود الذي يبذله حتى يقوم بذلك .

لذا فإن هذه المشكلة لا يمكن تجاهلها ولا بد من البحث عن الأسباب الكامنة وراءها ، ومن ثم تلتمس سبل علاجها .

### الأسباب :

١ - قد يكون للتوتر الشديد والاضطراب الانفعالي عند الطفل أثر في عدم قدرته السيطرة على حركة أمعائه . ومن الشائع اعتبار التثريب القاسي على ضبط الإخراج هو السبب . وقد يكون التبرز اللاإرادي تعبيراً عدوانياً من قبل الطفل تجاه أمه .

٢ - وقد وجدت دراسات بلان Bellman ( ١٩٦٦ ) أن عدداً كبيراً من آباء الأطفال المتبرزين لاإرادياً كانوا هم أنفسهم متبرزين لاإرادياً مما يؤكد ولو جزئياً وجود عامل وراثي وراء ذلك .

٣ - وهناك أسباب عضوية ناجمة عن الإسك بسبب انتفاخ الأمعاء بالبراز بشكل مزمن خاصة بعد زوال الأسباب النفسية ، حيث تستمر الحالة العضوية عند الطفل لأن القولون السفلي يكون قد أصبح عاطلاً عن العمل حيث يكون قد فقد شكله وقوام عضلاته ولم يعد يستجيب لوجود البراز داخله فيبحث الجسم على التغوط .

وأكدت الدراسات أن حوالي ربع الأطفال المصابين بهذه الحالة لديهم مشكلة إسك مزمن . كما أن إصابة المراكز الخاصة بالحبل الشوكي أو الخلق تؤدي إلى التبرز اللاإرادي .

### الوقاية والعلاج :

١ - لا بد من مساعدة الأطفال الذين يتجملعون الرغبة في التبرز « Call to Stool » على اعتياد الذهاب إلى المرحاض في أوقات منتظمة خلال النهار ، وتعتبر فترة ما بعد الإفطار مباشرة وقتاً مناسباً . وهذا لا بد من إيقاف الطفل مبكراً قليلاً صباحاً ليتاح له وقت كافٍ للاستعداد للذهاب إلى المدرسة . وعلى الأبنين الإصرار على اتباع روتين معين يلتزمي ذهاب الطفل إلى المرحاض

مرتين يومياً بمعدل عشر دقائق في كل مرة أو أن يكون ذلك في أوقات محددة يمكن ضبطها باستخدام ساعة منه .

وقد أثبتت الدراسات أنه من الصعب تدريب الطفل الصغير على ضبط مركز التبرز قبل سن الستين . فالطفل قبل هذه السن لا يكون قادراً على التعبير عن احتياجاته بشكل واضح ، كما أن تضيق عضلات جهاز الإخراج لا تمكنه من السيطرة على عملية الإخراج قبل هذه السن .

ب- كما أنه من الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة ، وأن تكون هذه الأوقات أوقات استرخاء بعيدة عن التوتر والشجار .

ج- ومن أجل حماية الطفل من الإمساك ، فإن نظام التغذية العادي والذي يضم أطعمة متفالة من المجموعات الغذائية الأربع الأساسية ( لحوم ، أسماك ، بيض ، خبز ، وحليب ومنتجات الألبان ، وخضار وفواكه ) ، وأخذ كمية من السعرات تتناسب مع ما يذله الطفل من طاقة يكون مناسباً . ولا بد من إتقاص ما يأكله الطفل من الحيز والمعجنات إلى حده الأدنى . وأن تقتصر كمية الحليب في غذاء الطفل على كوب واحد يومياً وذلك لما للحليب من تأثير قابض . فقد وجد أن أربعة من كل خمسة أطفال متبرزين لا إرادياً يعانون من الإمساك . لذا لا بد من تنظيف الأمعاء من البراز المتخزن بحيث يستعيد الإحساس بالحاجة الطبيعية إلى التبرز . كما يمكن إعطاء الطفل حقة شرجية أو اثنين من نوع « Fleet » وهي متوفرة في الصيدليات من أجل تفرغ القولون تماماً من البراز . كما يمكن أيضاً إعطائه بعض العقاقير للقوية للعضلات المعاصرة في الشرج .

د- كما ينصح بالإكثار من السوائل ، وتجنب التدريب القاسي على ضبط عملية التبرز ، وتجنب الاتجاه الذي يعتبر البراز شيئاً يثير الإشمئزاز .

هـ- ويهدف في هذه الحالة التعزيز والجزاء « Rewards and Penalties » وخاصة مع الأطفال الصغار ، حيث يتم الاحتفاظ بملوحة نجوم تسجل عليها كل محاولة كاملة للخروج إلى المراحيض ( وتُعطى نجمة إضافية لكل مرة ينجح فيها الطفل بالتغوط ، ولكل مرة لا يحدث فيها تبرز لا إرادي ) ، ثم تستبدل النجوم بامتيازات خاصة أو مكافآت مادية مثل : قضاء الطفل نصف ساعة إضافية مع أحد الوالدين بحيث يقومان بنشاط يختاره الطفل ، كما يفرض

على الطفل جزاء في كل مرة يحدث فيها تميز لالترادي مثل أن يقوم بغسل الملابس التي تميز فيها أو أن يستحم . ولكن يجب على الأم أن تتجنب القسوة الزائدة أو اللين المفرط في تعويد الطفل ضبط عملية الإخراج ، حيث أن القسوة الزائدة تؤدي مستقبلاً إلى اضطرابات سلوكية ( قلق ، سلوك قهري ... ) ، كما أن اللين المفرط يؤدي إلى التثبيت عند مرحلة التلذذ بالعمليات الإخراجية .

و- الدعم والتشجيع : لا بد من تعريف الطفل أن مشكلته ليست قريبة ، وألا يقوم الوالدان بلوم الطفل أو لوم أنفسهم على المشكلة ، بل لا بد أن يتعاونوا مع الطفل لإصلاح الخطأ ، وأن يتم التركيز على التدبج الأبوي للطفل عند قيامه بالإخراج المناسب ، وألا يقوم الوالدان بتوبيخ الطفل والصرخ عليه أو السخرية منه أو تحقيره .

كما يجب الاهتمام بأن لا يوضع الطفل في دور « الصغير » في الأسرة ، حيث يصبح السلوك التكويني مثل التبرز اللاإرادي متوقفاً . ولا بد للآبوين من تحديد المصدر الأسلمي الذي يسبب للطفل التوتر ، وأن يعملوا على تخفيفه مثل الشجار العائلي أو تنافس الأشقاء .

### خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy :

#### مفهوم الغيرة ومظاهرها :

تعتبر الغيرة من المشكلات السلوكية الشائعة عند الأطفال ، تظهر على شكل انفعالات يُعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بينه وبين والديه ، والتي تظهر في سلوكه على شكل فعل يعبر عن شعوره المزاج الداخلي .

فالغيرة إذاً هي عبارة عن انفعال ينشأ من الإحباط ، ومن الفشل الناتج عن شعور الطفل بتناقص اهتمام ومحبة الوالدين نتيجة ولادة مولود جديد للأسرة ، أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على رغبته ، أو الشعور بالنقص بسبب الإحباط أو الفشل . فالغيرة هنا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الانكسالي عند الطفل .

والغيرة عند الطفل تعني إصراره على التمسك بما كان قد تعرف عليه واعتبره

ملكاً له ، ولهذا يخاف من فقدان هذا الشيء مما يؤدّد لديه الشعور بالتهديد والصراع .

فالغيرة إذاً انفعال مُركَّب يجمع بين حب التملك والشعور بالخوف والغضب والحقد ، والشعور بالنقص . فقد تظهر هذه الغيرة على شكل عدوان على الأخ أو الأخت الأصغر ، أو على شكل عدوان على الذات ، أو عدوان على ممتلكات الأسرة أو ممتلكاته الخاصة .

من جهةٍ أخرى يصاحب الشعور بالغيرة النكوص إلى مرحلة سابقة ( كالنبول ، مص الأصابع ... ) ، أو الشعور بالحجل أو شدة الحساسية ، أو الشعور بالعجز والنقص ، أو فقدان الشهية للطعام ، أو الانسحاب من الناس عامة .

ولهذا قد يلجأ الوالدان إلى القسوة في التعامل مع الطفل الذي يشعر بالغيرة ، وقد يسخران منه أو يعرضانه للندد ، أو يحقراته ، أو يلجآن إلى العقاب البدني لترك هذه العادة . وإذا استمر الطفل في هذه الحالة ، ولم يجد ما يعوضه عن ذلك ، فقد يلجأ إلى أساليب تكيفية غير سوية . فقد تظهر عنده بعض الاضطرابات السيكوسوماتية كالاضطرابات المعدية ، وحالات القيء العصبي ، والعزوف عن الطعام ، والاكتئاب مما ينجم عن ذلك أضرار كبيرة بالصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الطفل وتؤدي إلى شعوره بالعجز والنقص ، وبفقد ثقته بمن حوله وبنفسه ، وشعر بأن الآخرين يتآمرون ضده مما يسيء لعلاقته بالآخرين . ولكن يجب التأكيد بأن الغيرة ليست في كل مظاهرها دليلاً على الخطر ، فهي ضمن حدود معينة حالة طبيعية ، تعبر عن الشعور بفقدان واقعي أو متخيل لشيء يهدد أمن الطفل ، وتزول الغيرة بزوال هذا الشعور . أما إذا كانت الغيرة شديدة ومتطرفة فإنها تؤثر في توافق الطفل حاضراً ومستقبلاً . فالطفل المبور لا يشعر بالسعادة أبداً ، ولا يستقر على حال ، فهو يشعر بالحزن ، والألم ، والكراهة ، والحقد تجاه الآخرين عندما يصيهم الحيز .

والغيرة كحالة انفعالية تكاد تكون عامة بين جميع الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ( الست سنوات الأولى من عمر الطفل ) ، حيث تظهر في مرحلة الرضاعة ، وذلك عندما يداعب أباء الطفل طفلاً آخر غريباً ، ويظهران نحوه



بعض مشاعر الحنو والإهتمام ويقومان بحمله ، حيث تظهر الغيرة لدى الرضيع على شكل شد الطفل الآخر بشعره أو ضربه أو بكائه . ولكن قمة الشعور بالغيرة تظهر عند الطفل فيما بين ٣ - ٤ سنوات حيث أنَّ هذا السن يتزامن مع مرحلة شعور الطفل بالتركز حول الذات .

أما عندما يبلغ الطفل سن العاشرة من العمر فيعبر عن غيظه بالوشاية وإيقاع الأذى بالآخرين ، إذ كلما زاد عمر الطفل كلما تعلم كيف يخفي مظاهر الغيرة ويستبدلها بمظاهر أخرى تعبر نفسياً عن الغيرة .

ويرى معوض (١٩٨٣) أنَّ الغيرة يمكن أن يعبر عنها من خلال المظاهر التالية :

- الغضب : حيث يظهر على شكل شتائم ومضايقات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط .
- ميل إلى الصمت : وينتج عن شكل انطواء وعجل وسلبية ، وفقدان لشهية الطعام والتكوص لمراحل طفلية مبكرة وغيرها من مشاعر القصور .
- مظاهر جسدية : وتظهر على شكل صداع ، والشعور بالتعب ، والتهاوؤ وكل ذلك من أجل جذب انتباه الآخرين .
- مظاهر نفسية : كالخزن والبأس ، والبكاء المتكرر ، والنبول اللامرئي ، ومضغ الأصابع ، وقضم الأظفار ، والعودة إلى لغة الأطفال الصغار محاولة منه لكسب عطف الآخرين .
- الميل إلى التحايل وذلك لحصول الطفل على ما فقده ، مثل تقبيل المولود الجديد للاحتفاظ بمركزه عند أمه .

وتبين الدراسات ( انظر العيسوي ، ١٩٩٠ ) أنَّ نسبة الشعور بالغيرة عند الإناث أكثر منها عند الذكور ، وكذلك عند الأذكى أكثر منها عند قليلي الذكاء .

كما وجد أيضاً أنَّ الغيرة تظهر أكثر عند الأطفال عندما لا يوجد بينهم فارق كبير في السن ، وكذلك فإن الطفل الكبير أكثر غيرة من غيره من الأطفال الذين وُلدوا بعده ، حيث كان الطفل الأكبر يحط أنظار الآخرين في الأسرة . كما أنَّ الطفل الوحيد الذي يحتل مركزاً هاماً في الأسرة قد يظهر لديه الشعور بالغيرة أكثر

من الأطفال الآخرين عندما تتناقص الامتيازات التي كان يتمتع بها لمجرد ولادة طفل آخر مؤخرًا ، خاصة عندما يقوم الآباء بمقارنة الطفل الأصغر بالأكثر وإظهار محاسنه أو الإغداق عليه بالهدايا وإهمال الطفل الأكبر .

والجدير ذكره أنه لا بد من التمييز بين الشعور بالغيرة ، والمنافسة ، والحسد . فللمنافسة سلوك إيجابي يدفع إلى التفوق وبذلك الجهد لتحقيق مزيد من النجاح . أما الحسد فهو يكون على شكل تمني زوال الخير من الشخص الآخر نتيجة امتلاكه لشيء ما وعدم امتلاكه هو لهذا الشيء . أما الغيرة فهي شعور الطفل بحقه في حيازة شيء معين ، والخوف والقلق من فقدان هذا الحق وأن يمتلكه طفل آخر .

### أسباب الغيرة :

تعدد أسباب الغيرة وتختلف وفقاً لمراحل النمو التي يمر بها الطفل ، ويمكن اعتبار الكبار مسؤولين عن وجود الغيرة عند الطفل ، وذلك من خلال العديد من الممارسات الخاطئة التي يقومون بها بقصد أو بدون قصد . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

— ميلاد طفل جديد للأسرة : مما يجعل الوالدين يحولان انتباههما من الطفل الأول إلى الطفل الثاني . وهذا ما يجعل الطفل الأول يشعر بالغيرة من المولود الجديد الذي سلب الطفل الأكبر الكثير من الامتيازات ، وسلبه اهتمام ورعاية الوالدين وحبيها له مما يجعله يشعر بالتهديد ، وعدم الثقة بمن حوله وقد يلجأ إلى الاعتداء على من كان السبب ( المولود الجديد ) .

— وقد يشعر الطفل بالغيرة من أحد والديه كما هو في حالة عقدة أوديب وعقدة إلكترا . فقد تظهر الأم مثلاً عناية زائدة بالآب ، أو قد يشاهد ما ينور بينها من علاقات عاطفية وجنسية مما يجعله يشعر بالقلق على نفسه وعلى فقدان حب أمه ورعايتها له .

— التمييز في المعاملة : فقد يشعر الطفل بالغيرة نتيجة لشعوره بأن الوالدين يميزان أحد أخوته عليه وذلك بسبب ذكائه أو جماله أو غير ذلك من المميزات ومحاولة إرضاء هذه الفروق أمام الآخرين من الأصدقاء والجيران وغيرهم ، وإشعار الأطفال بأن ذلك مهم ، مما يؤدي إلى شعور الطفل بالغيرة والحقد

والكراهية ويتحين الفرصة للانتقام من الطفل المميز ، ومن الوالدين في آن واحد . أو قد يلجأ إلى كبت مشاعر الغيرة في نفسه مما يسبب له مشكلات نفسية أكثر تعقيداً . كما أنَّ تمييز الوالدين للذكور عن الإناث مثلاً يؤلّد لدى الذكور الغرور ، ويشير الغيرة عند الإناث وقد تكون هذه الغيرة ظاهرة وتكون على شكل بكاء وشتم وتوبيخ أو غير ذلك . وقد تكبت الغيرة عند الإناث لتظهر في حياتهم مستقبلاً وتكون على شكل كراهية عامة لكل الرجال ، وعدم الثقة بهم .

من جهة أخرى يخطئ الأباء حين يندفون بالامتيازات على الطفل العليل كإحضار اللعب ، والحلوى ، والملابس وغير ذلك دون إعطاء الأخوة الآخرين مثل ذلك ، مما يجعل هؤلاء يميلون إلى التنازس والنكوص ، وكراهية الطفل العليل وغير ذلك من سلوك قد يكون ظاهراً أو مستتراً .

— سوء معاملة الوالدين للطفل وقسوها عليه : فالقسوة في معاملة الطفل وشعوره بأنه مهمل ومنبوذ ، أو عقابه بالضرب ، أو اللجوء إلى إذلال الطفل من خلال تحقيره أو معاقبته يؤدي إلى الشعور بالنقص والعجز وعدم القدرة على إثبات الذات كاعتقاده الذين لا يتألمون للمعاملة نفسها .

— الغيرة عند الطفل الوحيد : ينشأ الطفل الوحيد بين أبوين دون أن يكون له أخوة يشاطرونه امتيازاته . وهذا الطفل يكون عاطفاً بكل ضروب العناية والرعاية ، ويستحوذ على اهتمام الوالدين ، فهو مركز اهتمام الأسرة ، ويكون في الغالب أنانياً متعوداً على الأخذ دون عطاء . فلذا خرج هذا الطفل ليلاعب مع رفاقه ، فإنّه يصطدم معهم لأنهم لا يسمحون له بأن يأخذ كل شيء دون أن يعطي ، ولا يسمحون له بالاعتداء دون أن يُعتدى عليه مما يجعله يصطدم بالواقع ويشعر بالغيرة ، ويشعر أيضاً بأنّ الناس ينادونه ويتألمون عليه ، وقد يستمر هذا الشعور حتى في كبره بعد أن يتزوج ويكون أسرة مما يجتلي لديه مشكلات مع أولاده وزوجته وحتى في مهته .

والشعور بالغيرة التي يشعر بها الطفل الوحيد عند خروجه للمدرسة أو الحياة أفسى وأشد من الغيرة التي يشعر بها في إطار أسرته ، حيث تتعلم لديه الامتيازات الخاصة التي كان يستأثر بها في أثناء طفولته من والديه .

— القتل أو التقصير في الدراسة : فالطفل الراسب يحاول التعبير عن غيظه بالصاق التهم بالأطفال الناجحين وإذاعة الشائعات عنهم ليقتل من شأنهم أمام الآخرين .

— الشعور بالنقص : إنَّ أشدَّ أنواع الغيرة عند الصغار والكبار هو الشعور بالنقص ، والذي يترافق أحياناً مع عدم القدرة على التغلب عليه . كتقصير في الجمال أو تقصير في القدرات الجسمية أو الحسية أو العقلية . فالأطفال المعرضون للغيرة يكونون ضعيفي الثقة بأنفسهم نتيجة الشعور بالنقص .

### الوقاية والعلاج من الغيرة :

إنَّ العمل على وقاية الطفل من الغيرة واجب على الوالدين بالدرجة الأولى ، وعلى المدرسين والمحيطين بالطفل بالدرجة الثانية ، حيث أنَّ الشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على شخصية الطفل من جميع جوانبها في طفولته ، وتسبب له سوء التوافق النفسي والاجتماعي عندما يكبر أيضاً . ونظراً لهذا التأثير البالغ الخطورة فلا بد من العمل على وقاية الطفل من هذا الشعور ، وعلاج الغيرة في حالة وجودها . وأهم سبل الوقاية والعلاج ما يأتي :

— العمل على تهيئة الطفل نفسياً على استقبال وتقبل الطفل الجديد وذلك من خلال مصلحته بأنه سيكون له أخ أو أخت حتى لا يصطدم بهذا الحدث بشكل فجائي ، وأن يتحدثوا عن المولود الجديد بالخبر وبما سيعود على الطفل أيضاً بالخبر نتيجة المولود الجديد ، حيث أنَّ المولود الجديد سوف يلعب معه ويسعد ، وسوف يشتركان في الألعاب والهدايا ، وأنَّ هذا المولود سوف لا يحدث أي ضرر بالطفل ، ولا ينتزع منه أي امتيازات .

كما يجب على الوالدين أن يشعرا الطفل بمسؤوليته نحو أخيه الصغير الذي يجب عليه أن يرحمه ويقدم له الألعاب والخلوى وغير ذلك . ومن المستحسن أن يعمل الوالدان على قضاء وقت كل يوم مع الطفل الأكبر لكي يطمئن على عهه ومودة الوالدين له .

— عدم التمييز في المعاملة بين الأبناء ، نتيجة للجنس أو للجمال ، أو للذكاء أو غير ذلك من الميزات مما يلحق الغرور بصاحب الامتياز ، والغيرة عند الأطفال الأقل تميزاً مما يؤدي إلى الغضب والعنوان وغير ذلك من مظاهر .

— عدم اللجوء إلى موازنة أو مقارنة الأطفال بعضهم ببعض واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها امتيازاتها واستعداداتها الخاصة . فالموازنة بين الأخوة ، والموازنة بين التلاميذ يؤلّد لدى الطفل الشعور بالذلل والشعور بالنقص . فالأفضل من ذلك هو موازنة الطفل بنفسه في مواقف مختلفة مع التشجيع مما يثير لديه الدافعية إلى التحسّن وكسب الكثير من الامتيازات .

— بالإضافة إلى ذلك فلا بد من الابتعاد عن مواقف المنافسة الشديدة التي تولّد الشعور بالغيرة وتعويد الطفل على تقبل الضيق وتقبل الخسارة دون الشعور بالغيرة التي تفقده الثقة بالنفس .

— الابتعاد عن إبراز عيوب الطفل وأعطائه أمام الآخرين أو السخرية منه ، بالإضافة إلى الامتناع عن امتداح باقي الأخوة أو بعضهم لأن ذلك يشعر الطفل بالغيرة والحقد على أخوته للمتدحين ، ويشعرهم بالغرور والعظمة مما ينعكس سلباً على كلا الطرفين . والأفضل من ذلك إشعار الأطفال جميعاً في الأسرة بالمساواة والعدل دون التفاس من حق أحدهم على حساب الآخر .

— اعتدال الآباء في اهتمامهم بمشاعر الغيرة عند الطفل : ولهذا يجب عدم الاستخفاف بغيرة الطفل والسخرية منه وتصرفاته ، بل لا بد للآباء من إظهار العطف والحنان وإشعار الطفل بأنّه لا يزال موضع حب ورعاية من قبل والديه .

من جهة أخرى فلا يجوز المبالغة في القلق نتيجة ظهور الغيرة عند الطفل لأنّ ذلك سيؤدّي إلى زيادتها . فالحكمة دائماً تسوجب الاعتدال .

بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين الاهتمام بالطفل الذي لا تظهر عنده مشاعر الغيرة إطلاقاً ، إذ من المحتمل أن يكبت الطفل مشاعر الغيرة ، ويظهر بمظهر الرضا وعدم الاكتراث . فالغيرة المكبوتة أشدّ خطراً وأثراً في الشخصية من الغيرة الصريحة ، حيث أنّ مثل هذه الغيرة تثير القلق والتأثر عند الطفل وتسبب سوءاً في تكيفه .

— عدم الإسراف في رعاية الطفل المريض والإغداقي عليه بالهدايا والتشود والامتيازات لأنّ ذلك يثير الغيرة عند أخوته ويجعلهم يلجأون إلى التنازول وحيل أخرى للحصول على مثل هذه الامتيازات .

— تعويد الأبناء والمربين الأطفال منذ الصغر على التخلص من مشاعر الأنانية والتمركز حول الذات ، والأخذ والعطاء ، والتعاون والمشاركة ، مما يخفف عنهم الشعور بالنقص ، ويزيد من ثقتهم بأنفسهم ، ويزيد من تقديرهم للمجاعة وتقدير الجماعة لهم .

— العمل على تنويع الأنشطة التي يمكن للطفل أن يمارسها ويفضلها ضمن إطار قدراته وإمكاناته مما يشعره بالارتياح والسعادة في ممارستها ويحقق النجاح الذي يؤكد المزيد من الثقة بالنفس .

— أن يعمل الوالدان على جعل فاصل زمني معقول بين الطفل والطفل الآخر . وهذا الفاصل يجب ألا يكون قصيراً حتى لا يشعر الطفل بالغيرة ، وأن اعنيهم ورعاية الوالدين قد توجهها إلى المولود الجديد مما يولد لديه الشعور بالوحدة أو العزلة . كما أن هذا الفاصل الزمني يجب ألا يكون طويلاً حتى لا يشعر الطفل بفقد الامتيازات التي تعود لفترة طويلة حيازتها .

— تنمية علاقة الطفل بالأطفال الآخرين ، مما يخرجهم من دائرة التمركز حول الذات ، وتعويده على الأخذ والعطاء في إطار موضوعي قائم على العدل والمساواة دون تمييز .

— تعويد الطفل على المثابرة الشريفة البعيدة عن الحسد ، وتعويده على تقبل التفوق والنجاح ، بالإضافة إلى تقبل الخسارة والفشل ، بحيث يقوم ببلل الجهد المناسب لتحقيق النجاح دون اللجوء إلى العدوان والغيرة والحسد في حالة الخسارة والفشل .

— تقبل وفهم بعض مشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل عندما تكون في الحدود الطبيعية ( الكلام مثلاً ) والحد من المشاعر العدوانية المباشرة على مصدر الغيرة .

— العمل على إشباع الحاجات الأساسية عند الطفل ، وعدم الانتقاص منها بسبب ولادة طفل جديد ، أو عدم تميزه في بعض الميزات الموجودة عند إخوته .

## الفصل السادس :

### المشكلات النفسحركية ( النفسية - الحركية ) عند الأطفال

- أولاً : اضطرابات الكلام .
- ثانياً : مص الأصابع .
- ثالثاً : قضم الأظافر .
- رابعاً : اللزمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات .
- خامساً : النشاط الزائد .





## الفصل السادس

### المشكلات النفسحركية عند الأطفال

#### أولاً : اضطرابات الكلام

طبيعة مشكلة اضطراب الكلام :

يُعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يُعبّر عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، وتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشترك في أدائها مركز الكلام في اللغ الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت. كذلك تشترك الرئتان والحجاب الحاجز، إذ تقوم الرئتان بتعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه، ويمرور الهواء على الأوتار الصوتية عبر دوائيل الحنجرة والغم والتجويف الأنفي تحدث تشكلات مختلفة من الأصوات.

وقد يُلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام والذي يبدأ أحياناً لدى الطفل في سن مبكرة، وقد يخفي هذا الاضطراب مع نمو الطفل أحياناً، ولكن في أحيان أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من نموهم في العمر، وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرض يستلزم تدخلاً طبياً وليس نفسياً فقط.

ويرى فهمي (١٩٧٥) أنَّ الطفل المصاب قد تظهر عليه أعراض لأمراض جسمية ونفسية أخرى مثلاً : طائفة تحريك اليدين، أو القنمين، أو الكتفين، أو الضغط على الأسنان، أو ركز الأرض أو الضغط عليها.

كما قد يعاني المصاب باضطراب الكلام عادة من أمراض نفسية مثل القلق، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالخجل، والشعور بالنقص مما يؤد شعوراً بحب العزلة والازدواء وحده، والخجل والانعطواء المصحوب بالتوتر النفسي. ولكن هناك من حالات المصاب باضطراب الكلام التي تصمد أمام التحدي المرضي والنظرة الاجتماعية وتولد لدى الطفل الدافع لبذل مزيد من الجهد وممارسة التحدي حتى يصبح متفوقاً

على زملائه .

واضطرابات الكلام عديدة منها تأخر العقل في الكلام ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض الحروف ، أو عدم تطور تحصيل العقل من الكلام ، واحتباس الكلام أو التأناة أو اللجلجة .

وسوف نتحدث عن التأناة لأنها أكثر مشكلات الكلام حدوثاً .

التأناة أو اللجلجة Stutter or Stammer :

وهي عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى على شكل تقلص الكلام مصحوب بتكرار غير مرغوب ، ووقفات في مجرى الكلام ، وتكون إما على شكل ترددي « Clonic » أو تشنجي « Tonic » ، وتحدث في سنوات بداية التكلم ، ولقد تستمر حتى مرحلة البلوغ .

وتدل الدراسات أن حوالي ١٠ و ٢٠ من الناس المصابين بالتأناة نصفهم من الأطفال ( منصور ، ١٩٨١ م ) .

والتأناة تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك في أثناء اكتساب الطفل للكلام أو في سن الخامسة عند دخوله المدرسة الابتدائية ، حيث تكون هناك منافسة بينه وبين زملائه ، وأحياناً تحدث في سن المراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر ( عكاشة ، ١٩٧٦ م ) .

كما تدل الدراسات الحديثة أنّ بعض أشكال التأناة في الكلام يكون شائعاً بين صغار السن من الأطفال ويدهى « بالتأناة التطورية » ، وتظهر عادة ما بين سن الثانية والرابعة من العمر ، وتستمر إلى بضعة أشهر فقط ، أما التأناة المعتدلة فتبدأ في عمر ٦ - ٨ سنوات وقد تستمر لمدة سنتين أو ثلاث سنوات .

أما التأناة الدائمة فتبدأ ما بين سن الثالثة والثامنة من العمر ، وتستمر إلا إذا عولجت بأسلوب فعال .

وتعتبر التأناة التي تظهر بعد سن الخامسة أكثر خطورة من التأناة التي تظهر في سن أبكر .

ومن الواضح أنّ التأناة تظهر في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من

العمر ، فهناك حوالي ٤٪ من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية يعانون من التأتأة ، ومع وصول سن المدرسة الابتدائية نجد أن ١٪ - ٣٪ تقريباً من الأطفال يتلعثمون ، وهناك إحصائية تشير إلى أن ٧٥٪ من أطفال سن العاشرة الذين يتلعثمون يستمرون في تلعثهم مدى الحياة .

كما تشير الإحصاءات إلى أن ٨٠٪ من المتلعثمين في مرحلة الطفولة لا يتلعثمون وهم راشدون ، إلا أن الكثيرين منهم تتطور لديهم مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبرتهم السالبة .

كما أشارت تلك الإحصاءات إلى أن ٥٠٪ من الأطفال الذين يتلعثمون بشدة يستمرون بالتلعثم الشديد في الكبر .

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن نسبة المتلعثمين من الذكور من جميع الأعمار تبلغ ٤ - ٨ أضعاف نسبة المتلعثبات من الإناث بالرغم من عدم ارتباط التأتأة بالذكاء والوضع الاقتصادي والاجتماعي ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) . وفي تقرير جوتمان ( Gutmann ) وجد أن ١٠٪ من النساء يقابلها ٩٠٪ رجال يتلعثمون ، وأحد الأسباب هو تعرض الرجل للإثارة أكثر من النساء ( عبد الرازق ، ١٩٨٧ ) .

كما دلّت الدراسات والبحوث الحديثة على انتشار التأتأة بين اللغايين بأمراض نفسية وعقلية بنسبة ٥٥٪ بذلك وذلك من بين المترددين على عيادات الطب النفسي بالجامعة ( عكاشة ، ١٩٧٦ ) .

### الأسباب :

لقد تعددت الأسباب المؤدية إلى التأتأة ، فالبعض منها معتد وعلاجها صعب ، في حين أن البعض الآخر ليس كذلك . وسوف أوجز أهم الأسباب التي تؤدي إلى التأتأة عند الطفل كما يلي :

#### ١ - الأسباب المضيوية :

قد تنتج التأتأة عن استعداد وراثي ، لذا فمن المحتمل أن يصاب الفرد بالتأتأة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالتأتأة . فقد تبين أن ٦٥٪ من أفراد عينة كبيرة من اللغايين بعيوب الكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه

المعيوب . كما قد تنجم الثالثة عن خلل في الجهاز السمعى عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ أو تأخر في حصول المعلومات المرتلة نتيجة الضعف في السمع ، وقد يتطور هذا المرض إذا لم يعالج الطفل بشكل مبكر .

وهناك وجهة نظر ترى أنَّ الثَّانِيَة تنجم عن اختلال في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في الأعصاب المتحكم في الكلام مثل وجود خلل في العصب المحرك للسان أو تعرض مركز الكلام في الدماغ لتلف معين أو وجود ورم دماغي ( الحليدي ، ١٩٨٧ م ) .

كما تنجم الثالثة عن عيوب في جهاز الكلام المتمثل في القم واللسان والأسنان والفكين وسقف الحلق العلوي والداخل وكذلك لوجود خلل في الشفتين ، وهذه العيوب قد تكون خلقية وتحتاج إلى تدخل جراحي .

كما أنَّ إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصة مؤخرة الرأس ، والتهابات الأنف ، وإفرازات الغدد ، واضطرابات الدورة الدموية ، من الأسباب المؤدية إلى الثالثة .

## ٢ - أسباب عضوية نفسية :

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل . ومن الشائع في هذه الأسباب وجود اضطرابات في التوقيت أي تنشوش في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام بما في ذلك الشفاه والفك .

وهناك خلل في الارتباط الدقيق بين الأصوات والمقاطع ، وتنتج تشوهات الكلمة عن أي خلل في الدقة المتناهية في التوقيت اللازم للحديث الطبيعي عند الطفل .

وهناك نظرية حديثة تقول بوجود منعكس غير ملائم تفتح خلاله الحبال الصوتية قبل البدء بالكلام بدلاً من أن تبقى معاً في حالة ارتخاء . فبعض الأطفال يتوقفون عن الكلام فترغمي الأوتار الصوتية ، بينما يقوم آخرون بإغلاق حبالهم الصوتية فطفل ، مما يجعل النطق صعباً جداً . وترى هذه النظرية أنَّ مقاومة الفرد للإغلاق العضوي للحبال الصوتية هو الذي يؤدي إلى الثالثة ( شيفر وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

### ٣ - أسباب نفسية وبشرية :

تُعتبر الثالثة أحد أعراض الفلق والصرع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية . وأنها نتاج للخبرات التي تحتوي على صراع ، وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقته إلى رد الفعل .

كما تُعتبر أيضاً نتاجاً للمخاوف والوساوس ، وكذلك للصددمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص ، وشعوره بالإحباط في مواقف تنافس .

كما أنَّ توقعات الوالدين غير الواقعية تؤدي إلى توترهم وقلقهم وتزيد من الضغوط النفسية عليهم . فالأبوان اللذان يغيران طفلها على الكلام قبل أن يكون على درجة كافية من النضج يسيان له التوتر والثالثة . كما أنَّ المبالغة في إيصال الطفل إلى الكمال يولد لديه القلق والتوتر أيضاً ، فالاهتمام البالغ فيه بكلام الطفل ، ووجود الفعل البالغ فيها تجاه الطفل تسبب له الثالثة واضطراباً في الكلام . كما أنَّ تعلم الطفل لعادات التعلق السيئة ، أو تشجيع الأهل له بالاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح تلفظاً وتبدليلاً تؤدي إلى اضطرابات في الكلام واستمرارها إلى فترة متأخرة . كما أنَّ وصف الأطفال بأنهم يتلعثمون في حديثهم يؤدي إلى تغلبهم وتقبل الآخرين لهذا التسمية مما يجعل الثالثة لديهم أكثر تكراراً .

كما أنَّ محاولات الطفل التغلب على الثالثة بشدة أمام الآخرين تؤدي إلى مزيد من التردد في الحركات التي تشبه اللازمة .

كما أنَّ التوقعات المتدنية القليلة من الطفل وتلبية كل احتياجاته خاصة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اعتياده على والديه ويصبح غمرك الكلام لديه غير ضروري ولا يشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح ، وقد يظهر شعوره بعدم الكفاءة على شكل كلام مضطرب تشوبه الثالثة .

كما أنَّ الخلافات الأسرية « بين الأبوين » تُعتبر مصدراً لقلق الطفل الصغير وتؤدي إلى التوتر النفسي عنده ، مما يؤدي إلى الثالثة . فالأطفال الذين يتكلمون بشكل طبيعي سوف يتلعثمون إذا كانوا قلقين جداً أو متوترين ، وتزداد الحالة سوءاً إذا كان لدى الطفل أصلاً ميل إلى التلعثم في المواقف الشديدة للقلق والتوتر ،

لأن الفلق والتوتر يفقدان الطفل القدرة على التحكم في العضلات التي تتحكم بالكلام ( هجارة ، ١٩٨٦ ، ياسين ، ١٩٨٦ ) .

كما أنَّ خوف الطفل من أن يبدو بطيئاً أو بليداً ، وخوفه من انتقادات الآخرين يخلق عنده توقعاً بأنه لن يتكلم بشكل جيد ، مما يؤدي إلى التأثُّل . زه على ذلك فإنَّ عدم استعداد الطفل من الناحية الانفعالية لمواجهة بعض المواقف يؤدي إلى التأثُّل تعبيراً عن الخوف والرفض ، كما يظهر ذلك في الأداء أمام الآخرين ، أو عندما يذهب إلى المدرسة بعد قضاء مدة وهو مريض .

بالإضافة إلى ذلك فإنَّ إرغام الطفل الأخر على استخدام يده اليمنى يؤدي إلى التأثُّل . فمن المرجح أنَّ الطفل في هذه الحالة بالإضافة إلى التوتر والفلق الذي ينتابه فإنَّ جزء الدماغ المسيطر على اليد المفضلة يكون مسؤولاً عن ذلك . فالتأثُّل تنجم في هذه الحالة عن التوتر النفسي والتداخل العصبي . وقد تكون بالإضافة إلى ما تقدّم ناجمة عن تقليد الطفل أو معايشته لأناس آخرين يعانون من التأثُّل نتيجة حبه وتقليده للشخص المصاب . والتأثُّل قد تكون تعبيراً عن حالة تكويفية عند الطفل للحصول على ما يريد ، كما قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه ، والذي يسوده سوء التوافق سواء في الأسرة أو المدرسة .

### الوقاية والعلاج :

هناك عدة طرق يمكن للأخصائي النفسي أو المعالج أو الأبوين اتباعها بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأثُّل من أهمها ما يلي :

#### ١ - العلاج العضوي - الطبي :

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضوية قد يتطلب ذلك تدخلاً علاجياً جراحياً عصبياً ، ويمكن استخدام عقار ( ل . س . د . د ) في علاج التأثُّل عند الفرد . فالشخص المتلعثم ينطلق من أسوار قلقة ، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه .

كما أن مراجعة أخصائي لُحْن وأُف وحنجرة ، وكذلك مراجعة أخصائي أسنان ضرورية لمعرفة وجود عائق عضوي أم لا .

وقد أثبتت الدراسات أنَّ نسبة عالية من الذين يعانون من التأثُّل يعانون من

شدوة في رسم المخ الكهربى ، ولذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للصرع .

علاوة على ذلك فإن علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيوب النطق كالشفاه المشقوقة ، أو تشوه الأسنان ، أو خلل الحبال الصوتية ، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام شيء ضروري وهام للتغلب على هذه العيوب ( عريخ ، ١٩٨٧ ) .

٢ - تعليم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتقبلونه باستخدام طرق ملائمة :  
وهنا ينبغي ألا يكره الأطفال على تعلم الكلام بالقوة إلا إذا كانوا يتقبلونه وعلى استعداد لذلك . ومن المفضل أن يستخدم الوالدان التشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتعاون بإعطاء بعض المكافآت . ومن المفيد تشجيع الطفل على التباطؤ في أثناء الكلام ، والبدء بكل مقطع يحدوه ورفق حتى لا تتغلق صمامات الحنجرة مما يعين الحديث يسر لديه .

كما ينصح بتشجيع الطفل على التنفس باستخدام عضلات التنفس البعيدة وليس عضلات صدورهم ، ولا بد من التدريب بشكل متكرر على هذا الإجراء .

كما أن هناك طرقاً تعتمد على الحديث المتقطع ، وهي من أقدم الوسائل في معالجة التوثر ، حيث يبين للأطفال كيف يتكلمون بأسلوب إيقاعي باستخدام الحوقت الموسيقي ( chronometer ) .

وهذا الأسلوب الإيقاعي ، وجعل الطفل يتحدث بشكل يتزايد تدريجياً في مواقف غنية أكثر فأكثر هي من الطرق الفعالة ، وتفيد مع الأطفال الصغار أكثر من الكبار . وهذه الطريقة مفيدة لكل أنواع التلعثم عدا الحالات الناجمة عن اضطرابات في الحنجرة .

كما أن العلاج الكلامي بالتأخيرين والقراءة بصوت عالٍ ، والتكلم أمام المرآة مع وجود مسجل مفيد في التغلب على هذه المشكلة ، حيث تكون المقاطع في البداية من حرفين أو ثلاثة ، ثم تزداد تدريجياً ويكون ذلك تحت إشراف سيكولوجي .

٣٠- تنمية شعور الطفل بالكفاءة وخفض القلق والتوتر والضغط لديه :

إنَّ تنمية شعور الطفل بالكفاءة تأتي من حدوث التثاثة وذلك باكتشاف أفضل الطرق لمواجهة المواقف الصعبة .

فالتثاثة تُوجد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين ، وعدم الكفاءة . ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس بمهارته اجتماعياً ، وبإمكان الوالدين والأقارب مساعدة الطفل بتقديم جو يسوده الاسترخاء حيث يستطيع الطفل الانسجام مع الآخرين دون توتر .

لذا لا بد من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع ، ومن الأفضل تعليم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع الطفل ، وذلك عندما لا يشعر الطفل بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التصرف . فنكرار هذا الأسلوب في جو خال من القلق والتوتر والضغط يؤدي إلى تخليصه تدريجياً من التثاثة .

ومن المهم أيضاً تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واهتمامه عند وقوع أحداث مؤلمة ، مع تقديم التعاطف والتطمين له .

وينبغي أيضاً عدم استعجال الطفل بطق الكلام ، فالصبر والتقبل وخفض التوتر جميعها تساعد على ذلك .

ومن اللازم أيضاً عدم تصحيح التعلق بجعل الطفل يُعيد كلمة أو جملة مرة أخرى ، أو الضغط عليه لتحدث أمام الأصدقاء أو الأقارب لأنَّ ذلك يزيد الشعور بالارتباك ويزيد من التثاثة . ولا بد هنا من خفض التوتر لديه عن طريق ممارسة نشاطات ممتعة .

ولا بد أيضاً في بعض الحالات من خفض توقعات الوالدين من الطفل ، إذ أنَّ بعض الآباء لديهم توقعات عالية أو ضمنية بأنه يجب أن يتحسن كلام الطفل .

لذا لا بد للوالدين من كبت قلقهم ، وتشجيع أبنائهم بما يساعد الطفل على التخلص من التثاثة . فبعض الآباء يتصفون بالكهالية ويقولون أنَّ أداء أطفالهم ينبغي أن يكون أفضل بكثير .



#### ٤ - الدعم والتشجيع والمكافأة :

من الضروري وكخطوة أول عدم مكافأة الثالثة دون قصد وذلك عن طريق الانتباه للطفل الذي يتلعم ، فأي شكل من أشكال الاهتمام قد يؤدي إلى تقوية الثالثة لدى الطفل .

وقد يتجلى الاهتمام بالطفل على شكل ابتعاد أو تعاطف أو صرف وقت مع الطفل أو إعطائه امتيازات إضافية .

لذا ومن أجل تخليص الطفل من مشكلة الثالثة لا بد من تجاهل المشكلة تماماً ، وعدم السخرية من الطفل ، واستخدام الأسلوب السلوكي الذي يعتمد على عمليات الإطفاء للمنعكسات الشرطية . ثم استخدام نظام من التعزيز بحيث يحصل الطفل على الثناء عند انقطاعه لفترة قصيرة عن الثالثة ، وإذا تم ترتيب نظام التعزيز بشكل مناسب فإن الطفل سوف يحصل على المكافأة فوراً .

وينبغي أن تكون فترات التدريب قصيرة إلى درجة تكفي لضمان عدم وجود ثالثة في أثنائها على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار الثالثة . لذا فإن الطفل يعزز من سلوكه الإيجابي بالتحدث بسهولة وبسر (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

#### ثانياً : مص الأصابع Thumb Sucking

مفهوم ظاهرة مص الأصابع ومظاهرها :

تعتبر عادة مص الأصابع شائعة عند الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية ، حتى يمكن القول إنها عرف عندهم بدلاً من تسميتها عادات . ولهذا يمكن اعتبار مص الأصابع سلوكاً عادياً في الطفولة المبكرة ، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال ، وهي تتبع سلسلة من التغيرات الحركية العضلية الناقمة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدوث التلذذ . فاللمس والعض وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لذيلة يتمسك بها الطفل . بيد أن الأطفال يتفانون فيها بينهم تعاوناً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها . فقد تكون عند البعض عابرة وتقل مع التقدم في العمر ، في حين أنها تستمر عند

## البعض الآخر .

وقد دلت الدراسات أن ٤٠ ٪ من هم في عمر ستة واحدة و ٢٠ ٪ من هم في عمر خمس سنوات و ٥ ٪ من هم في عمر ١٠ سنوات يمتصون أصابعهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية ( شيفر ، وآخرون ( ١٩٨٩ ) .

كما لاحظ Klackenberg ، ( ١٩٤٩ ) أن نصف عدد الأطفال الذين درّسهم وعندهم ( ٢٥٩ ) طفلاً من كانوا يمتصون أصابعهم كانوا في سن عام واحد .

كما وجد Brazylton ، ( ١٩٥٦ ) أن ٩٠ ٪ من مجموعة الأطفال وعندهم ٧٠ ٪ طفلاً متفوقين في لغتهم كانوا يمتصون أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم وعندما أكملوا عاماً من عمرهم وجد أن أربعة فقط استمروا في اللص .

وهكذا فإن معظم الأطفال يتخلصون من هذه العادة مع الزمن بشكل طبيعي ، إلا أن عدداً قليلاً منهم يستمر حتى سن المراهقة أو الرشد .

وأظهرت بحوث شيفر ، وآخرين ( ١٩٨٩ م ) أن الأطفال الذين يمتصون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر ، سيقطع منهم حوالي ٥٠ ٪ عن هذه العادات في عمر خمس سنوات ، و ٧٥ ٪ منهم سيتركها في عمر ٨ سنوات ، و ٩٠ ٪ منهم سيتخلص منها في عمر عشر سنوات . هذا ويتنشر مص الأصابع للزمن بين الإناث أكثر منه عند الذكور .

لقد تبعت Yarrow ، ( ١٩٥٤ ) ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولدأ ، و ٣٨ بنتاً لعدة سنوات ، وقد ذكرت أن ثلثي الأطفال كانوا يمتصون إصبعهم ( ٦٤ ٪ ) من وقت إلى آخر خلال فترة البحث ، كما وجدت أن عدد البنات اللاتي يمتصن أصابعهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأن نصف عدد اللذين يمتصون أصابعهم ما زالوا يمتصونها حتى سن الرابعة .

لذا فظاهرة مص الأصابع تعبر عن صورة من صور النمو التي قد تزود العقل بالارتياح والطمأنينة ، وهي لا تدل على أنها تمثل أعراضاً عصابية في كل الحالات ، وإن كانت مؤشراً قد تكون له دلالة على سوء التوافق ودلالة على غيبة الآباء في عملية التربية . وإذا استمرت إلى سن ما بعد السادسة من العمر فإنها

تدلّ عل وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل مما يستلزم البحث عن الأسباب وسبل العلاج .

### الأسباب :

يعتبر المصّ بحث ذاته دافعاً قوياً عند الصغار ، حتى أنّ بعض الدراسات أظهرت أنّ بعض الأجنة تمسّ أصابعها وهي في بطون أمهاتها .

ولكن هناك الرضع الذين لا يمضون أصابعهم من أجل الغذاء بل لأنهم يجدون في ذلك متعة وشعوراً بالسعادة والراحة والاسترخاء واللعب والحركة ، ولذلك يقبلون على تكرارها باستمرار .

لكن هناك من الأطفال من تظلّ لديه الرغبة في مصّ أصابعه حتى بعد القطام ، ويلجأ إليها كلما وقع في أزمة نفسية أو موقف إحيائي ، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء ، أو عندما يترك وحيداً ، ومن المعروف أنّه إذا ما أصاب استجابة الطفل الموجهة نحو هدف معين أي عائق ، يسعى الطفل إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة ، أو قد يلجأ إلى مصّ الأصابع . فهذه العادة تدلّ على عدم الاستقرار الانفعالي ودليل على الاضطراب النفسي .

وينظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية المصّ على أنّها مصدر كبير لرضا الطفل أكثر من كونها مجرد إشباع للمطالب الغذائية ، وقد أعطيت أهمية كبيرة للذة القمية في مجال النمو النفسي واعتبر على أنّه يكوّن إلى المرحلة القمية خاصة عندما يتخلل عنها الطفل ويعود إليها ثانية عند شعوره بعدم الأمن ، أو توقع العقاب الشديد .

ويذكر بعض المحللين النفسيين أنّ الحاجة إلى الامتنصاص غريزة تتطلب الإشباع ، فإذا لم يحدث الإشباع الكافي من خلال الامتنصاص للطعام فإنّه يستكمل عن طريق مصّ الأصابع ، أو مصّ الزجاجاة الفارغة أو أي شيء يمكن أن يجده حوله . وقد أجرى « David levy » ( ١٩٣٤ ) ملاحظة على مجموعة من عجول البقر الرضعية والتي يرضع بعضها من ثدي الأم في حين أنّ البعض الآخر يشرب اللبن من إناء ، وقد استنتج أنّ العجول الرضعية التي تناولت اللبن من الإناء أظهرت عملية امتنصاص أكبر من العجول التي رضعت من الثدي ، وظهر سلوكها على شكل مصّ آذان العجول الأخرى .

كما أجرى Levy ، تجربة أخرى على الجراء ( كلاب رضيعة ) حيث غُلى ثلاثة منها من زجاجات يتدفق منها اللبن ببطء ، وغُلى ثلاثة جراء أخرى من زجاجات يتدفق اللبن منها بسرعة ، وقد لاحظ أن الجراء الأخيرة قامت بالامتصاص أكثر من الأولى رغم امتصاص كل الحليب من الزجاجات من قبل مجموعة الجراء .

كما لاحظت Kunst ، ( ١٩٤٨ م ) ظاهرة امتصاص الإبهام والأصابع على ( ١٤٣ ) رضيعاً في أحد ملاجئ الأيتام، فوجدت أن هذا الامتصاص يزداد كلما طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل سواء أكان نائماً أم مستيقظاً .

وهناك تجربة قام بها سيرز ووايز Sears and wies ( ١٩٥٠ م ) لإثبات صحة نظرية التحليل النفسية ، إذ درسوا ( ٨٠ طفلاً ) عادياً تتراوح أعمارهم بين ٢،٣ سنة و ٧،١٠ سنوات وذلك من أجل معرفة :

- كيف كانت طريقة تغذيتهم ؟

- مدة حصولهم على الغذاء عن طريق الامتصاص .

- الطريقة التي تمت بها عملية النظام ومدى قسوتها .

- ما هي الفروق الهامة الموجودة ؟

فبعض هؤلاء تمت تغذيتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب ، في حين أن البعض الآخر بدأت تغذيتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد .

وقد صنفت المجموعة من حيث النظام إلى :

نظام مبكر - نظام متوسط - نظام متأخر .

وطبقاً للنظرية الفريزية في التحليل النفسي فإن من المتوقع أن نجد أن المجموعة التي تم فطامها مبكراً سيكون النظام أكثر إحباطاً لها وستكون أكثر مصاً لأصابعها .

لكن الدراسة أثبتت العكس فقد كان الأطفال المتأخرون في فطامهم هم الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى ، بمعنى أن الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما نقول به نظرية الفرائز .

أما نظرية التعلم فقد كان لها وجهة نظر أخرى فيما يتعلق بعملية المص ، فهي ترى أن الأطفال الذي يتناولون غذاءهم عن طريق كوب الحليب سيكونون أقل ميلاً إلى عملية المص حتى المصحوب بتدفق الغذاء ، أما الرضع الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أو الزجاجية سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتصاص ، كما أن الأطفال الذين يتناولون غذاءهم من طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص .

ولهذا فقد أجرى Davis ( ١٩٤٨ ) تجربة قَسَم فيها عينة من ٦٠ طفلاً إلى ثلاث مجموعات متساوية ، الأولى تتغذى من أكواب الحليب ، والثانية تتغذى من زجاجات الحليب ، أما الثالثة فتتلقى غذاءها عن ثدي الأم وتلك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة .

وقد دلت النتائج على أن الأطفال الذين تغذوا من ثدي الأم أكثر ميلاً إلى مص الأصابع من المجموعتين الأخرين ، في حين أن المجموعتين الأخرين لم يختلفا اختلافاً كبيراً في ذلك .

وتشير بعض الدراسات إلى أن عادة مص الأصابع عند الأطفال العصائين ليست سوى عرض من الأعراض العامة ، حيث أن الطفل ينم قليلاً أو يتأفف في أكله ، ويكثر بكائه وتصيبه نوبات كثيرة من الغضب ، كما تبدو عليه دلالات أخرى من عدم استقرار الجهاز العصبي .

- ولهذا يمكن اعتبار الفلق أحد الأسباب الرئيسية الكامنة وراء عادة مص الأطفال للأصابع ، فالطفل في أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق ، ووجود أفراد عصائين من حوله يجعله يكتسب هذه العادة من حوله لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه .

- والجدير بالذكر فإن ضعف قدرة التعلم على التحصيل كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأخر الدراسي ، مما ينعجم عنه شعور بالنقص ، ويجعل أحياناً التفاعلات المدرسية سلبية نحوه ( نبذ ، إهمال ، اتهامه بالغباء .. الخ ) ، ويؤدي إلى ظهور عادة مص الأصابع لدى الطفل .

- كما أن أساليب معاملة الوالدين في المنزل والتي تكون أحياناً غير مناسبة مع الطفل كالنقد المستمر له وإتصافاته ، مع القسوة المفرطة في أثناء التعامل

معه ، أو التذليل الزائد ، أو التضارب في أساليب المعاملة بين الأم والأب . كل ذلك يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير اللائقة اجتماعياً .

- بالإضافة إلى ذلك فإنَّ التغذية غير الكافية ، أو التي تتم على فترات متباعدة أو حرمان الطفل من الطعام ، كل ذلك يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مصِّ الأصابع بالرغم من أنها لا تؤدي إلى إشباع حاجة الجوع لديه .

- كما أنَّ إصابة الطفل ببعض الأمراض الجسمية مثل ضيق التنفس ، والتهاب اللوزتين ، والإصابة بالزوائد الأنفية ، وسوء الهضم ، واضطرابات الغدد ، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذه العادة .

- كما أنَّ عدم الاستقرار النفسي الناجم عن شعور الطفل بالمعجز الجسدي أو العقلي ( وما يصاحبه من ضعف في التركيز ) ، بالإضافة إلى حالات التخلف العقلي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدى الطفل ، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة مصِّ الأصابع .

إنَّ هذه الأساليب التي يلجأ إليها الطفل في مواجهة مشكلاته ليست إلاَّ أساليب سلبية تؤدي بالطفل إلى الانسحاب والعزلة والحجل في أثناء مواجهة المشكلات .

#### أضرار مصِّ الأصابع :

تشير الكثير من الدراسات وخاصة التي أجراها Lewis ( ١٩٣٠ ) ، Johnson ( ١٩٣٩ ) إلى أنَّ مصِّ الأصابع له آثار ضارة في ظهور الأسنان الدائمة خلال العام السابع ، كما يساعد على تكوين المعنى العدواني للعض .

كما أنَّ عمر الطفل ومدة المصِّ وشدة وحالة الفم كلها تؤثر في إمكانية حدوث مشكلات في الأسنان ، ممَّا يؤدي إلى تنوء الأسنان إلى الخارج عادة ، وعدم إطباقها بشكل صحيح .

وتكون آثار مصِّ الأصابع ضئيلة عادة إذا توقفت المصِّ قبل ظهور الأسنان الدائمة .

بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أنَّ من يمصُّ أصبعه أميل إلى أن يكون أقل

احتمالاً لأن يستجيب إذا نودي بإسمه .

كما أنّ من ممصّ يصبح يميل في أثناء المصّ إلى الانقطاع عن العالم الخارجي ويصبح منهكاً بذاته ، ويكون حديثه العفوي متورّاً ، وتزداد مشكلاته عندما يكبر ويصبح واعياً لسلوكه الطفلي حين يسخر منه الأطفال الآخرون .

### طرق الوقاية والعلاج :

ماذا يستطيع الآباء والمربون أن يفعلوا كي يمتنعوا حدوث مصّ الأصابع المزمن عند أطفالهم ؟

فالكشف عن تربية الطفل إنما هو بما يقول وما يفعل ، وهناك عدة إجراءات يمكن من خلالها وقاية الطفل من عادة مصّ الأصابع أو علاجها في حالة وجودها ، وخاصة في سن ما بعد القطام أو بعد سن الثالثة من العمر . وأهم هذه الإجراءات ما يلي :

#### ١ - توفير الأمان للطفل provide security :

إنّ شعور الطفل بالأمن والأمان يقلّل ظاهرة مصّ الأصابع عنه ، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية ، أو تناقص بين الأشقاء ، أتى ذلك إلى ميله إلى مصّ الأصابع .

ولذلك لا بدّ من تهيئة جو مريح للطفل في المنزل وإن يكون أمناً ، وهادئاً وسعيداً ، وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة ، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته .

#### ٢ - التجاهل Ignoring :

من الأفضل للآباء أن يتجاهلوا عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم ، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يدونه تجاه هذه الظاهرة ، ونذكر الآباء بأنّ معظم الأطفال يقلعون عن هذه العادة بمراتبهم عند سن خمس أو ست سنوات ، وعادة قبل ظهور الأسنان الدائمة . زد على ذلك فإنّ تركيز الآباء على عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً . فالنهي المستمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر التنبذ والكراهية تقوي هذه العادة عند الطفل وتدفعه إلى

العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه .

كما أنَّ الطفل عندما يظهر مشكلات انفعالية بالإضافة إلى مصّ الأصابع (خوف ، عدوان) فإنَّ إيقاف مصّ الأصابع قد يعجل في ظهور مشكلات سلوكية أخرى مثل تقلّص عضلات الوجه اللاإرادي مثلاً .

لذا من الأفضل عدم المبالغة في الانتباه إلى هذه العادة التي تختفي بمرور الوقت من خلال التوجيه والإرشاد ، واتباع موقف متسامح مع الأطفال الصغار الذين يمصون أصابعهم . وأظهر للطفل من خلال أقوالك وأفعالك أنك لا تعتبر مصّ الأصابع أمراً ذا أهمية كبيرة . ولا بد من تركيز الجهود على إرشاد الطفل على التخلص من هذه العادة شيئاً فشيئاً ، وإن تنمي لدى الطفل الشعور بالسعادة والمحبة والقبول . وينصح في هذه الحالة في أثناء تجاهل عادة مصّ الأصابع عند الطفل أن نبقي الطفل مشغولاً بنشاطات هادئة بناءة بديلة بحيث تبقى اليدين مشغولتين ، وأن توفر له موائد لعب متنوعة تستدعي الاستخدام الفعال ليديه مثل المعجون وأقلام التلوين .

### ٣ - استخدام مصاصة كاذبة Pacifier :

تفيد البحوث الحديثة استخدام المصاصة كبديل لمصّ الأصابع . وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يستخدمون المصاصة الكاذبة خلال السنة الأولى من العمر تظهر لديهم حالات مصّ الأصابع على نحو قليل في سنوات الطفولة اللاحقة .

### ٤ - إطالة فترة الرضاعة Increase Sucking Time :

لا بد من إطالة فترة إرضاع الطفل خاصة إذا ظهر أنه يمص إصبعه بعد الانتهاء من الرضاعة مباشرة أو على فترات متكررة بين الرضعات .

ومن الأفضل استخدام حلمة لثدي يسيل منها الحليب ببطء وإطالة فترة الرضاعة أكثر مع الاسترخاء ، وعدم الاستعجال في نفل الطفل من برنامج رضاعة مرة كل ثلاث ساعات إلى برنامج مرة كل أربع ساعات . كما يمكن أيضاً تأخير فطام الطفل من الثدي الأم أو الرضاعة .



## ٥ - الثواب والعقاب Rewards and Penalties :

إن استخدام الثواب مثل المدح الاجتماعي أو تقديم مكافأة مادية ملموسة . مثلاً الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال في السيطرة على عادة مص الأصابع . لذا فإن وضع نظام للتعزيز يفرض من حدوث مص الأصابع . فإذا كان أصبح الطفل جافاً يقوم الأب أو الطفل بوضع نجمة على لوحة منشورة بشكل بارز . ويؤدي حصول الطفل على خمس نجوم إلى حصوله على مكافأة مادية أو جائزة ومن ثم يمكن أن يحصل على الجائزة بعد حصوله على عشر نجوم وهكذا .

وفي مقابل ذلك فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو يمص إصبعه ، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل . والحقيقة المألوفة هي سحب المعززات الإيجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم ، أو إغلاق التلفزيون لمدة خمس دقائق كلها شجعت الطفل وهو يضع إصبعه في فمه ... وهكذا .

## ٦ - التوجيه Guidance :

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات المدرسة إعطاء توجيهات تبن الأثر السلبية التي تنجم عن عادة مص الأصابع وأن يستار فضول الطفل ليعملوا مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع ، وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مص الأصابع .

كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة الموجودة عند الطفل وإظهار الثقة بقدرته على التخلص منها . كما يجب على الوالدين عدم التحمل من ظهور هذه العادة لدى أبنائهم أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها .

وإذا بدأت الجهود بالفشل يحل من إرغام الطفل لفصا على التخلص من هذه العادة ، لأنه يمكن أن تولد عند الطفل مشكلات المعالية أكثر صعوبة وخطراً . كما يمكن للآباء والمربين من توجيه الأطفال لشغل أنفسهم بالشطة يدوية متعة وشعرهم بلحمهم وقدرة على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة .

من المعروف أن الأطفال سريعو التأثر بالإجماع ، خاصة عندما يكونون صغاراً جداً . ولذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهدد ومنمٍ في أثناء استرخاء الطفل ونعاسه ( إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاء يوماً بعد يوم ، وقريباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار ، وسوف تصبح كبيراً جداً ولن تحض أصبعك بعد الآن ، كثير من الأطفال الصغار يحضون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمض أصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك ، فلأنني عندما كبرت مثل الكثيرين من الأولاد والبنات الصغار ، توقفت عن مض أصبعي لأنني كبرت ، وسوف أراهن أنك أنت أيضاً قريباً ستصبح كبيراً جداً بحيث لن تحض أصبعك بعد الآن ، وربما سيحدث ذلك في الشهر القادم ، وربما سوف تصبح كبيراً جداً ، أو ربما بعد غد ، بحيث عندما يدخل إيهامك في فمك سوف تقول : لا يا أصبع ، لن أقوم بمصك بعد الآن ، لأنني أصبحت الآن كبيراً ، عليك أن تبقى خارج فمي .

إن الكبار لا يقومون بمض أصابعهم ، هذا ما يفعله فقط الناس الصغار . سوف أصبح كبيراً ، أنت يا سيد أصبع ، ابعد خارج فمي . نعم يا عزيزي إنك تكبر وتزداد قوة وقريباً لن تحض أصبعك أبداً أبداً ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ص ٢٤٢ ) .

## ٨ - المكافأة :

توفير الهدايا ، والأنشطة اللازمة والمناسبة للطفل مع توفير الحدود اللازمة لممارسة فعالياته ، وتنظيم فترات العمل والراحة ، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي .

## ٩ - العناية الصحية :

ضرورة العناية الصحية والفحوص الطبية الدورية للتعرف على الأسباب الجسمية التي قد تساعد على ظهور الاضطرابات العصبية لديه ( حسين ، ١٩٨٦ ) .

## ثالثاً : قضم الأظافر Nailbiting :

أكدت الدراسات العديدة أنَّ هناك عدداً كبيراً من الأطفال والتلاميذ يقضمون أظفارهم من وقتٍ إلى آخر وبدرجاتٍ مختلفة ( قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الجلد المحيط بالظفر ) . وأنَّ عدداً منهم يستمرون في هذه العادة بشكل متكرر وإلى وقت متأخر ، ودلت الدراسات أيضاً أنَّ هذه الظاهرة تنتشر حتى بين طلبة الجامعات حيث يعالج منها ٢٥ ٪ - ٣٦ ٪ من مجموعة الطلبة . ولهذا نرى بأنَّ قضم الأظافر عند الأطفال عبارة عن ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر ، وتظهر من وقتٍ إلى آخر وبإي نسبات معينة ، ويكون من الصعب السيطرة عليها وتغييرها .

كما وجد أنَّ هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور .

فقد وجد فالشتاين ، وآخرون ٤٤ Valensline , et . ( ١٩٥٥ ) من خلال دراستهم أنَّ حوالي ٦٠ ٪ من الذكور ، و ٦٠ ٪ من الإناث بين سن ٨ - ١١ سنة من العمر يقضمون أظفارهم ولكن بدرجات مختلفة . وقد أظهرت الدراسة أيضاً أنَّ الذكور يقضمون أظفارهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧ - ١٥ سنة وهذه الفروق دالة إحصائياً . أمَّا في عمر أقل من سبع سنوات فيبدو أنَّ الذكور أقل قضمًا حاداً من البنات . كما أظهرت الدراسة أنَّ أكبر نسبة من القضم الحاد كانت في سن ١٢ سنة بالنسبة إلى الذكور .

أمَّا عن موعد ظهور قضم الأظافر عند الأطفال فقد بينت إحدى الدراسات ( منصور ، ١٩٨١ ) التي أجريت على الأطفال الذين يقضمون أظفارهم بحدة من كلا الجنسين في سن ٨ - ١٠ سنوات أنَّ ٥٣ ٪ من هؤلاء لا يعرفون متى يقضمون أظفارهم أو أنهم لا يقضمونها في أوقات معينة . وأن ٢٣ ٪ منهم يقضمون أظفارهم في السبيل أو أمام التلفزيون ، و ٨ ٪ يقضمون أظفارهم عند قراءة كتاب مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة ، من فيلم أو تلفزيون ، في حين أنَّ ١١ ٪ يملكون إلى قضم أظفارهم عند تركيز انتباههم في المدرسة .

لذا فإن هذه العادة تُعتبر من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير ، إذ إن الذين يقضمون أظفارهم يكونون حساسين بالنسبة إلى استهجان

المجتمع ، لذا فإنهم ينضمون أنظارهم في أثناء عزلتهم .

### الأسباب :

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظفار تعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تعد أيضاً تعبيراً عن العدوان الكيوت والتكيف الوجداني السيء .  
Hadfield ( ١٩٥٠ ) ، Koch ( ١٩٣٥ ) .

كما يرى بارتون هول Barton Holl ( ١٩٤٧ ) ، أن أغلبية حالات قضم الأظفار الحاد تميز الأطفال ذوي النشاط الزائد والحيوية الزائدة وعدم الاستقرار . وقد يلجأ الأطفال إلى تقليد سلوك والديهم ، إذ أن الطفل يقلد أباه أو أمه عندما يظهر عنده أو عندها هذه العادة لأنه يعتبرهما للثل الذي يجب أن يقتدي به . كما يقلد الطفل زملاءه من التلاميذ الذين تظهر لديهم هذه العادة . كما أن بعض الأطفال يمارسون هذه العادة عند عدم احتياهم مشاهدة ظفر مثلم لديهم .

وهناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى عدم استقرار الطفل انفعالياً هي<sup>(١)</sup> :

#### أولاً : أسباب جسمية ووراثية :

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالبدانة ، وتضخم اللوزتين ، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الحضم والاضطرابات الغدية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سيئاً .

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين العصبية أو عدم الاستقرار عنده ، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكوّن حلقة متصلة تقوي كل منها الأخرى .

كما قد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي في بعض الحالات ، إذ أن المتأخرين عقلياً يكون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم ، وضبط حركاتهم ، لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي . كما أن عدم قدرتهم على مساهمة زملائهم في ألعابهم وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون

(١) منصور ، محمد جميل محمد يوسف : دراسات في مشكلات الطفولة ، تهامة ، جدة ،  
للمملكة العربية السعودية ، ١٩٨١ .

ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً مما يجعلهم يرفضون أظفارهم .

ثانياً : الأسباب النفسية والبيئية :

من الأسباب النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار الأظفار وعصبيتهم ما يلي :

١ - الشعور باليأس التام عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يتحقق الوصول إليه . مثل : التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة . أو عندما يكون الطفل قد حُرِمَ من مميزات يتحل بها أخوته فيفضلون عليه ، وعندما يُحرم أيضاً من التقدير والاهتمام .

٢ - وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشقاء ويقتضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كاللدرسة والمنزل مما يؤدي إلى عصبية وعدم استقراره . فالكلاب المملوءة بالمعوقات التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالخاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشقاء .

٣ - وتبين الدراسات أن الطفل يُمارس هذه العادة عندما يستلثر انفعالياً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان . ولكن عندما يتعبك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات ، إلا نادراً ، كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات القمعية البارزة تتكرر إصابتهم بالتهاب الخلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً .

٤ - وعادة قضم الأظافر عند الأطفال دليل على ضعف توافقهم النفسي والاجتماعي ، فقد يقوم بها الطفل أحياناً كترغبة في إزعاج والديه ، ويمكن أن تدعم هذه العادة عند الطفل عندما يقهر الوالدان الزرعاجاً لمجرد رؤيتهم الطفل وهو يقضم أظفاره . كما يكشف ذلك الإحساس المتضارب من حاجة الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجه لها ( حسين ، ١٩٨٦ ) .

٥ - ويرى بعض الباحثين أن قضم الأظافر عند الأطفال دليل على فشل الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية .

## الوقاية والعلاج :

لا بد من المحافظة على أظافر الطفل مقصودة بحيث لا يكون لها حواف ناتئة تستدعي الطفل إلى التخلص منها .

كذلك لا بد من جعل الطفل يُمارس نشاطاً عضلياً بحيث تقل يداه مشغولتين بنشاطات هادئة .

ولكن قد يستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم مثل وضع غطاء معدني للإبهام ، أو وضع جبيرة للذراع للحد من حركته ، أو دهن الإبهام والاصابع بمادة مرة اللداق ، أو اللجوء إلى التثبيت والتويخ ، أو جعل الطفل يشعر بالخزي لممارسته عادة قضم الأظافر .

ولكن هذه الوسائل ليست سليمة في علاج قضم الأظافر وقد يكون لها آثار سلبية أشد خطراً من العادات نفسها .

فالعلاج الصحيح يكون في العناية بالطفل والاعتراف بحاجاته الأساسية في مرحلة الرضاعة وضرورة إشباعها بصورة سليمة الأمر الذي يقلل من تكوين العادات غير السليمة المتصلة بالقم .

فعادة قضم الأظافر عادة ملبومة تستدعي الانتباه والاهتمام ولا بد من العمل على علاجها على أسس سليمة قائمة على تشخيص مسبق لبيان الأسباب المؤدية إليها .

لذلك على الوالدين أن يتألفا مع الطفل مساوياً هذه العادة ، مع رفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة ، وإمكان الطفل الذي يمتلك دافعية لوقف هذه العادة أن يجمع بين عدة استراتيجيات منها :

### ١ - الاحتفاظ بسجل :

يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً يلاحظوا أو يُسجلوا الفترات التي يقضمون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافرهم ، وتدون ما الذي كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة . وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك المشكل

غالباً ما يؤدي إلى إقصائه ، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهته .

#### ٢ - المكافآت Rewards :

يمكن للأبوين أن يحددوا أهدافاً للتحسن . فبمجرد أن يرون السجل عند اللرات التي يقوم فيها الطفل بنفسه أنظافره خلال اليوم ، وأن هذا العدد قد تناقص خمس مرات ، يعطيا الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقق الهدف . ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسبوع مثل : اصطحاب الطفل في زيارة للأصدقاء ، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون . كما يمكن استخدام نظام النقاط بحيث يحصل الطفل على خمس نقاط على البطاقة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظفار عنده بمقدار خمس مرات .

وبالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قبل الراشدين مما من شأنه أن يقلص عادة قضم الأظفار .

#### ٣ - العقوبات :

يمكن جمع الثواب مع العقاب في معالجة ظاهرة قضم الأظفار حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أسرع . فقد يكون سحب المكافأة الإيجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت أو خسارته لبعض النقود من مصروفه اليومي كلها شروء من قبل الأبوين وهو يقضم أنظافره مجدداً في علاج هذه الظاهرة .

#### ٤ - التدريب على زيادة الوعي Awareness Training :

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلاته ، وذلك بأن يطلب منه أن يخصص خمس دقائق كل صباح وكل مساء ليجلس في مكان هادئ أمام مرآة ويغوم يده بتمثيل حركات قضم الأظفار كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً ، وفي أثناء قيامه بتمثيل الدور عليه أن يقول بصوت عالٍ : « هذا ما لن أفعله اليوم » .

وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي العقل ، وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظفار .

## ٥ - تعليم الطفل استجابة منافسة Competing Response .

لا بد من تعليم الطفل استجابات منافسة كلها شعر بالحاجة إلى قضم أطافره ، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه ، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد . وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بإفراء القضم . ومن الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأطافره على سطح قاس أو يسبح بمسحة . كما يمكن أن يكافئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقدمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى ، مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة .

## ٦ - تعليم الطفل الاسترخاء Touch Relaxation :

بما أن عادة قضم الأطافره هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو القلق ، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيف بديل مع هذه المواقف الشيرة للقلق عن طريق الاسترخاء الذي يمكن التحكم به بوساطة الدلالة وتعلم الطفل كيف يصل إلى حالة من الاسترخاء كاستجابة لكلمة دالة يقوها الطفل لنفسه مثل : اهدأ ، ولهذا الإجراء خطوتان هما :

١ - التنوير على الاسترخاء العضلي التام .

٢ - مزاججة الكلمة الدالة ( cue-word ) بحالة الاسترخاء .

ويتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل ينتبه إلى تنفسه في أثناء ترديده الكلمة الدالة بصوت غير مسموع مع كل زفرة تنفس . ويقوم أحد الأبوين في أول خمسة اقترانات بترديد الكلمة الدالة بصوت مرتفع وبشكل متزامن مع زفرات الطفل ، ثم يتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية . وعندئذ يُمنح الطفل مدة ستين ثانية لكي ينتبه إلى شعوره العام للمصاحب للاسترخاء ، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى .

ويشجع الطفل على القيام بممارسة كل من تمارين الاسترخاء وإجراءات إفران الكلمة الدالة يومياً ، وعندما يظن العملية يطلب إليه أن يقوم بملاحظة الزيادة في التوتر للمصاحب لنظم الأطافره ، وأن يقوم بعد ذلك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة ، وهي الزفير مع ترديد الكلمة الدالة بصوت غير



مسموع : أهدأ ( Calm ) ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

٧ - والجدير ذكره أنه لا بد من عدم مهالقة الوالدين في الانتباه إلى هذه العادة الذميمة ، ولا ، يعني ذلك تعاملها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً فشيئاً ، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظار الأسرة كلها إلى الطفل لمناقشة أمره ويرون في ذلك شلوقاً ، فيستند الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري . فأنشد ما يقوي العادة عند الطفل هو تكرار نبيه عنها ، وهذا ما يؤدي به إلى العناد والمقاومة ، خاصة إذا كان النهي مصحوباً بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكرهية والاستمترار .

٨ - بالإضافة إلى ذلك فلا بد من العمل على تخليص الأطفال من مشاعر العدائية التي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال اللجوء إلى عادة قضم الأظفار كظاهرة تنغسية نتيجة الشعور بالقلق والشعور بالذنب . وإذا أراد الوالدان تغيير عادة قضم الأظفار عند أبنائهم فلا بد أن يغيروا هذه العادة السية عند أنفسهم ( بالنسبة إلى الآباء الذين يقضمون أظفارهم ) ، لأن الأطفال يحاكون آباءهم أيضاً عندما يقلعون عن هذه العادة .

٩ - وقد يفيد الإيماء في علاج قضم الأظفار عند الأطفال عن طريق استخدام «جراففون» يوضع في حجرة الأطفال بعد أن يستغرقوا في النوم والذي يكرر باستمرار «لن أقمض أظفاري» فنضم الأظفار عادة قلوة ، ولن أقمض أظفاري مرة أخرى» . وتدار الأسطوانة عند نوم الطفل ثم توقف قبل أن يستيقظ في الصباح . ويرى آيزنك ( ١٩٦٤ ) أن عدداً كبيراً من الأطفال قد أقلع عن قضم الأظفار بهذه الطريقة .

كما يرى آيزنك أيضاً أنه بالإمكان إخراج عادة قضم الأظفار من ميدان اللاشعور من خلال الإلغيات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها . فقد استخدم «دونلاب» هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظفار والتدقيق ، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظفاره بإصرار وقلبك عند ذعابه إلى عالم النفس والجلوس أمامه لمدة نصف ساعة يومياً . وسرعان ما اختفت ظاهرة قضم الأظفار عند الأطفال وبدأ الشغل ثاباً نسبياً .

## رابعاً : اللزمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات ( Tics ) :

### مفهوم اللزمة العصبية ومظاهرها :

اللزامة كما يرى Ascher ( ١٩٧٤ ) هي عبارة عن تقلص في العضلات المخططة ، تحدث فجأة ولفترة محدودة . كما تتميز بأنها لاإرادية وليس لها هدف واضح ، وتحدث بشكل قهري تكون عادة في أحد الأطراف العلوية أو في الوجه ، تظهر على شكل رمش العين ، ورفع الجفون أو تحريك الرأس أو الرقبة بشكل فجائي ، أو تحريك الأنف أو جوانب الفم أو تحريك الكتف ، وكذلك تفضين الجبهة ، ولّيّ القم بعنف ، وقد تشمل كل جزء من أجزاء الجسم تقريباً في الحالات الخطيرة .

وهناك أيضاً اللزمات اللفظية والتي تظهر على شكل أصوات متكررة ( أي ترديد عبارات بشكل متكرر ) مثل : « أنت تعرف ، أليس كذلك » واللزمات العصبية غير مؤلمة ولا تؤدي إلى تلف في العضلات ( ضمور ) .

ولمّا نرى بأن اللزامة العصبية عبارة عن ظاهرة نفسية - جسدية تظهر على شكل تقلص في العضلات أو على شكل تكرار ترديد عبارات معينة بصورة فجائية وبشكل قهري ولا إرادي دون أن يكون لها هدف واضح ، وتستمر لفترة تطول أو تقصر . والملاحظ بأن الأطفال الذين يعانون منها غالباً ما يكونون قلقين ، واعين لدوائهم وحساسين ، وعنيفين وشديدي الاعتماد على الآخرين .

وأظهرت الدراسات أن حوالي ١ ٪ تقريباً من مجموع السكان يعانون من اللزمات العصبية Azine ( ١٩٧٣ ) ، وأكثر فترات حدوث هذه اللزمات ما بين ٦ - ١٢ سنة ، حيث يعاني ١٠ ٪ من الأطفال منها ، وتبلغ ذروة انتشارها ما بين ٧ - ٩ سنوات . وبما هو جدير بالذكر فإن مستقبل هذه اللزمات على المدى الطويل مطمئن حيث أنها تستمر فقط مع ٦ ٪ من الأطفال حتى سن الرشد ، ولكن الأمر غير مطمئن عند من يعانون من لازمات متعددة . ومن الملاحظ أن هذه اللزمات العصبية أكثر انتشاراً عند الأطفال في حالة التوتر وكثيراً ما تُصاحب بعض الأمراض للعديد الحادة ، وكذلك عند ذوي الخبرات الانفعالية المؤلمة

والشديدة بعد سن الثالثة من العمر . وهذه اللازمات لا تظهر في أثناء النوم . وقد أثبتت الدراسات أن حوالي ٥٠ ٪ من الأطفال الذين يُعانون من اللازمات وتشنجات ورفض عصبي يظهر رسم الموجات الكهربائية الدماغية عندهم انتشاراً غير طبيعي ، وهذا يعني أن موجاتهم الدماغية لا تعمل بشكل طبيعي ، إلا أنه لا توجد نتائج عامة يمكن أن تشير إلى وجود ورم دماغي أو آفة صرع ، ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

وظهور اللازمة يجب أن يُنظر إليها بشكل جدي كتقاهرة نفسية جسمية حدثت بسبب خطأ تطور النمو الحركي ( عبد الرزاق ، ١٩٨٧ ) . إنها تظهر على شكل إيقاف غير متناسق لأنها تظهر فجأة وبشكل لا إرادي .

تظهر اللازمة الحركية أو اللغوية عند الإناث في بداية ظهور العادة الشهرية نتيجة نقص في المعلومات لدى الفتاة عن هذه العادة .

ولا بد من التمييز بين اللازمات وغيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات اللاإرادية للمعضلات ، والرعشات . كما لا بد من عدم الخلط بين التقلصات الناتجة عن المستيريا التحولية ، وعصب الوسواس القهري ، والاضطرابات الشديدة في الشخصية والتي تكون في الغالب لاإرادية بحكم كونها قهرية . ولكن يجب الانتباه إلى أن اللازمات تقع دون وعي المريض بها ، في حين أن الفرد يكون واعياً في التصرقات القهرية ، ولكنه عاجز عن التحكم بها . كما أن اللازمات تغلوم معظم أشكال العلاج النفسي ، على عكس الوسواس القهري ، والاضطرابات المستيرية التي تستجيب لهذا العلاج ( Yates ، ١٩٧٠ ) .

## الأسباب :

تنتج اللازمات العصبية عن مجموعة واسعة ومتشابهة من الأسباب غير أن أكثر هذه الأسباب بروزاً ما يلي :

### ١ - أسباب نفسية :

تظهر اللازمات العصبية في ظروف عدم التوتر ، ولكن زيادة التوتر تؤدي عادة إلى زيادة تكرار اللازمات .

فالمضغوط النفسية التي يواجهها التلميذ في المدرسة والناقمة عن عدم قدرته على تلبية جميع المطالب القروضة عليه ، هذا الشعور بعدم الكفاءة المصحوب بمشاعر الارتباك والحجل قد يؤدي إلى تطوير اللزومات عنده ، فاللزامات يمكن اعتبارها استجابة جسمية طبيعية للتوتر . وقد دلت الدراسات أن العديد من الأطفال يستجيبون لانتقادات المعلم على اعتبارها خبرة انفعالية سلبية جداً ، إذ كثيراً ما تتطور اللزامة في جو صفي متوتر .

كما تتطور اللزومات العصبية عند الأطفال نتيجة سلوك المضايقة والمناقصة التي يقوم بها الزملاء في المدرسة التي لا يستطيع البعض التكيف بشكل مناسب مع مثل هذه المواقف ، فهم بحاجة إلى هؤلاء الزملاء من أجل الصحة ، ولكنهم في الوقت نفسه يشعرون بالتوتر المستمر نتيجة لصحبتهم . بالإضافة إلى ذلك فقد تتطور اللزومات عند الطفل نتيجة صدمة انفعالية يتعرض لها . لذا فإن فقدان القاصي لشخص عزيز ( موت ) ، أو رحيل أحد الأقارب المحبوبين ( أب أو أم ) يؤدي إلى ردود فعل عصبية - عضلية تتجلى على شكل لازمات أحياناً .

بالإضافة إلى ذلك فإن أي خبرة غريبة قد تؤدي إلى الانسحاب الدفاعي لبعض المجموعات العضلية . وقد يكون الارتعاش ( اللزومات ) متفصلاً للتوتر العضلي ، أو قد يصبح نشاطاً مألوفاً يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأمور غير السارة إلى حد ما . والأساس في ذلك أن الحركة تصبح عادة يتم القيام بها بشكل متكرر ، ويؤدي هذا إلى تقوية عضلات محددة وإلى ضعف العضلات المعاكسة وبالتالي تصبح اللزامة قوية ومن الصعب التوقف عنها .

لذا فإن رمش العين المتكرر مثال على اللزومات والتي تظهر نتيجة خوف الأطفال عند رؤيتهم حادثاً ما . فالرمش هو رد فعل انعكاسي للخوف يحاولون به إبعاد النظر عن النظر المخيف ، ويعدّل بتسبب الرمش الزائد عن الحواف البسيط ، ويصبح الرمش المتكرر عادة عامة يظهر حتى في حالة الاسترخاء .

كما أن الرغبات القوية غير المعبر عنها تسبب اللزومات ، حيث أن أكثر مصادر الصراع شيوعاً هي الرغبات الجنسية أو العدوانية غير المقبولة ، حيث يقع الطفل في صراع بين رغبته في التعبير عن رغباته وعدم رغبته في ذلك بسبب القيم الشخصية أو الاجتماعية ، ومثال ذلك الخوف من التعبير المباشر عن الغضب الذي يتطور ليصبح لازمة لفظية مثل صوت النخر ( أو تنظيف الحنجرة ) وكلمات

السباب والشتم وإزعاج الناس بذلك ، وهي طرق رمزية للتعبير عن مشاعر الغضب . أما حركة أرجحة الكتف أو التراجع فيمكن أن تكون طريقة رمزية للتعبير عن بعض أشكال حركات الضرب بدلاً من ضرب الغير تصبح الحركة اعتياد اليده ثم التراجع عن ضرب الآخرين . أما أرجحة الرأس فقد تكون طريقة رمزية لقول ( لا ) للكثير من المطالب التي تبحث على التوتر أو لتفرض الأفكار السيئة .

## ٢ - الأسباب البيئية الاجتماعية :

إن علاقة العقل بالديه والجو المحيط بها يوجع عام وما يسوده من التوتر والغضب وبعض العصبية والنشاط الزائد غير المنظم يمكن أن ينعكس على شكل لآزمات عند العقل ، وعادة ما نجد هذه العادات موجودة عند العقل وعند والديه أو أحدهما . فالأبوان قد يمثلان نماذج يمكن تقليدها ، ومثال ذلك : ظهور اللآزمات عند الأطفال ( خاصة عند من هم دون سن السادسة من العمر ) الذين يعانون أبائهم مثل هذه اللآزمات أو أشكالاً أخرى منها . وفي الغالب تظهر اللآزمة عند الطفل الذي يشترك في تربيته أشخاص كثرة ، ويوصف سلوك العقل بالهزل في البيت والمدرسة ، وفي أثناء ممارسته للألعاب الرياضية ، حيث يظهر عدم التناسق في الحركات . كما تظهر اللآزمة عند الطفل الذي يعاني من تأخر دراسي نتيجة عدم القدرة على تأكيد ذاته بين زملائه ، أو أن يقوم برد الفعل المناسب ، فالطفل يكبت الغضب ولا يظهر غيره ، ويكبت عدوانه تجاه زملائه ، فتظهر اللآزمة لتعبر عن حالته المعقدة .

كما أن توقعات الوالدين غير الواقعية والمبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى شعور العقل بالضغط ، وإلى حدوث اللآزمات العصبية عنه كتفهم من هذا الشعور .

كما قد يعزز الوالدان هذه الاستجابات عند الأطفال عن غير قصد ، كأن يظهرأ مزيداً من العطف والتعاطف أو الاهتمام أو الانزعاج أو الغضب حين تظهر عند العقل استجابة اللآزمات .

وكلما زاد الاهتمام من قبل الوالدين بسلوك الارتعاش عند أطفالهم كلما زاد ذلك من تعقد المشكلة ، لذا فإن انتشار اللآزمات العصبية عند الأطفال يكون

أكثر عندما يكون الأيوان مزمزمين وصارمين ولديها قلق مرتفع ، لأن هذه الخصائص تثلث لودجاً يقتضي به الأطفال . فالعقاب والاستفادات التي تتكرر باستمرار للطفل تؤدي إلى جو مشحون بالتوتر وتكون النتيجة ظهور اللازمات عند الأطفال .

كما أن إعاقة حركة الطفل ، ومنعه من التعبير عما يريد من العوامل التي تؤدي إلى حدوث اللازمة .

### ٣ - أسباب عضوية :

يعتقد أن اللازمات العصبية تنبع من ضعف في الجهاز العصبي المركزي . ولهذا لا بد من التمييز بين اللازمات العصبية وكل من : الشنج ، والارتجاف ، والرقص العصبي ، الناتجة عن أسباب عضوية . فالفحص الطبي يكشف عن هذه الأمراض مثل : (رقصة القديس فينوس أو الحمة الرثية أو الروماتيزية والتي تسبب حركات متكررة) .

### الوقاية والعلاج :

هناك مجموعة من الأساليب التي يمكن اتباعها في وقاية الطفل وعلاجه من اللازمات العصبية وأهم هذه الأساليب ما يلي :

#### ١ - تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية :

من أجل عدم تراكم التوتر عند الطفل لا بد من تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية بحرية . ولهذا لا بد أن يكون للطفل أصدقاء أو راسدون يمكن الثقة بهم . فالطفل قد يلجأ إلى والديه عند مواجهة أي نوع من المشكلات ، وكذلك لا بد أن تكون المشاعر والأفكار التي يدلي بها الطفل مقبولة وقابلة للمناقشة من قبل الوالدين . إلا أن بعض الآباء يجدون صعوبة في الاستماع إلى بعض الأفكار الغريبة ، إلا أنه بالاستماع إلى هذه الأفكار ومناقشتها مع الطفل يمكن الوقاية من مشكلات أكبر ، بالإضافة إلى استعادة الطفل لتبصره وتفهمه العام للمواقف .

فالتصراعات النفسية حول مشاعر العدوان مثلاً تعتبر سبباً رئيسياً للتوتر واللازمات . ولهذا فإن مساعدة الأطفال في التعبير عن غضبهم بشكل مناسب يعتبر أمراً مهماً . فالأطفال الذين يشعرون بالثقة بأنفسهم ويقدرونهم على التكيف

مع المواقف وتأكيد قواعدهم بشكل مناسب ، ليسوا بحاجة إلى التعبير عن الغضب من خلال اللزيمات العصبية الجسدية أو اللقطة .

ويتصح في هذه الحالة تعليم الطفل عن طريق لعب الدور ، وكيفية التعبير عن الغضب بوضوح وبدون معاداة للآخرين بشكل متطرف .

## ٢ - عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه اللزيمات وتجاهلها :

عند ظهور اللزيمات عند الطفل وخاصة في المرات الأولى لا بد من عدم التذمر وعدم العصبية ، وعدم مقارئة الطفل بالآخرين على نحو غير مرغوب فيه .

فردود الفعل البالغ فيها وخير المناسبة من شأنها أن تلوي اللزيمات عند الطفل . كما أن ازعاج الأيون وغضبها وشعورها بالقلق يؤدي إلى خوف عند الطفل بالرغم من أن معظم اللزيمات وقيّة وسوف تختفي بدون علاج . بالإضافة إلى ذلك فإن الوالدين يجب أن يتجاهل هذه اللزيمات في حالة ظهورها عند الطفل . لأن الابتعاد إليها والاضطراب بشأنها والتوتر يؤدي إلى تثبيت ذهن الطفل عليها ، ويؤدي أيضاً إلى تثبيتها . ولكن التجاهل لا يعني الإهمال لهذه الظاهرة ، فإذا استمرت لبضعة أيام ، لا بد هنا من استخدام أساليب علاجية أخرى بطريقة هادئة وبعيداً عن العقاب . فقد يكون من المناسب عندما تظهر اللزامة عند الطفل أن يترك الأيون الغرفة دون أن يملأها على ذلك بأي شيء ، وهذه الطريقة مفيدة عندما يكون الهدف من وراء اللزامة لفت انتباه المحيطين إليها . والنقطة الجوهرية في ذلك هي أن تصرف يملوه دون أن تظهر عليك علامات الغضب .

وهناك طريقة أخرى يمكن أن تكون مفيدة في التغلب على اللزيمات ، وهي أن نجعل الطفل يفاخر الغرفة عندما تظهر عنده اللزامة ، ويبدو ذلك مناسباً عندما تكون اللزامة مزعجة جداً للآخرين .

## ٣ - خفض التوتر والسيطرة على القلق :

عند ظهور علامات التوتر على الأطفال ، لا بد من العمل على خفضه ، والنظر إلى السبب المؤدي إليه . فقد يكون ذلك عائداً إلى أساليب التنشئة المتبعة مع الأطفال التي تقوم على التزم والجسود واستخدام العقوبة .

لذلك لا بد من إعداد العوامل المؤدية إلى التوتر والصراع مثل : تنافس الأشقاء ، أو الشاجرات الأسرية المتكررة . كما لا بد من اتباع سلوك أقل تزمناً وأقل استخداماً للعقوبة مع الأطفال . فمن المعلوم أن معظم الأطفال الذين تتطور لديهم مثل هذه اللزمات يكونون حساسين جداً وقابلين للاستثارة بسهولة ، وفي مثل هذه الحالات أيضاً لا بد من حصول الأطفال على مقدار كافٍ من الراحة ، وعلى فتراتٍ من الهدوء في أثناء النهار . ولا بد من تلمين هؤلاء الأطفال بأن مواقف القلق والتوتر مسيطر عليها ، لأن مشاعر التشويش والعجز تحيهم ، ولا بد من طمأننتهم بأنهم محبوبون مما يؤدي إلى حمايتهم من التوتر المرتبط بالتهديد .

كما لا بد عند بداية ظهور اللزمات من تعليم الأطفال كيف يسيطرون على قلقهم ، وكيف يسترخون حتى يشعروا بالهدوء . وهذه الطريقة مفيدة مع الأطفال التوتيرين والقلقين بشكلٍ واضح ، وهنا يمكن تدريب الأطفال على كيفية إرخاء العضلات إرخاءً تاماً . وفي بعض الحالات التي يجد فيها الأطفال صعوبة في إرخاء عضلاتهم يمكن تدريبهم على أن يقوموا بشد عضلاتهم ببطء ثم يرخوها بعد ذلك ببطء تدريجي حتى تسترخي تماماً ، ويستمررون في حالة الاسترخاء لفتراتٍ تزداد طولاً . ويمكن استخدام ساعة الوقف لضبط الوقت مما يساعد في بقائهم ساكنين لفتراتٍ تبدأ من عشر ثوانٍ ، ثم تزداد بمقدار عشر ثوانٍ في كل مرة لتصل إلى بضع دقائق . ويتضح أن يرافقه الاسترخاء تخيل مناظر سارة حتى نسمي الشعور بالهدوء عند الطفل . وإذا كان بالإمكان معرفة الظروف التي تسبب الحساسية يمكن خفض الحساسية تدريجياً حيث يتم وصف أنواع المواقف التي تسبب التوتر في أثناء استرخاء الطفل ، وفي كل مرة نصف له مناظر تثير التوتر أكثر فأكثر إلى أن يتمكن من الاستيعاب إلى هذه المواقف دون أن يشعر بالقلق . وهذا ما يساعد الطفل على أن يكون أقل حساسية لأسباب التوتر والتي يمكن أن تكون في مواقف متعددة مثل : الحديث أمام الفصل ، أو مقابلة أُنس جديد ، أو سماع مجلدات ، أو اللعب مع الزملاء . . .

#### ٤ - المكافآت ومراقبة الذات :

من الطرق القليلة في علاج اللزمة في بداية حدوثها أن نُكافئ الطفل إذا قضى فترة زمنية من دون أن يقوم بها . ويمكن للأباء والمعلمين وكذلك الأشخاص



للحيطين بالطفل امتداح الطفل ومكافأته عندما لا يظهر اللازمة لفترة زمنية ( قد تكون عشر دقائق في البداية ) ، وكلما قلَّ ظهور اللازمة زادت الفترة الزمنية ، على أن يقدم التشجيع أو المكافأة في نهاية هذه الفترة مثل : « حقاً لك تبدو لطيفاً وسترخأ اليوم ، وكَم هو لطيف أن أراك سعيداً وفي وضع جيد » .

ويمكن أن تكون الانسامة أو لسة الحتان مكافأة غير لفظية عند عدم إظهار اللازمة ، وعندما تستمر اللازمات فإنّه من المفيد إشراك الطفل في تعليم كيفية السيطرة على نفسه ، والطريقة الفعالة في ذلك « مراقبة الذات » التي نجحت كثيراً في حالة اللازمات البسيطة وحالات اللازمات المتعددة مثل لازيمات (توريت) <sup>(١)</sup> (Tourette's Syndrome) ، وتعتمد هذه الطريقة على التدريب العقل بضعة أيام ليصبح واعياً إلى اللازمة ويقوم بتسجيل عدد مرات حدوثها.

وفي البداية يمكن أن يقوم الوالدان والمعلمون بملاحظة اللازمة وتسجيل مرات ظهورها ، ويمكن أن تكون الفترات المأخوذة كمدة ما بين ١٠ - ٣٠ دقيقة . لذا يمكن مراقبة الطفل لمدة ١٠ دقائق ويسجل على دفتر صغير كل مرة تظهر فيها اللازمة مما يكون لدينا فكرة عن مدى تكرار اللازمة . وعندما يعلم الطفل كي يكون واعياً إلى اللازمة للوجود عنده ومراراً ظهورها . فمجرد عدد مرات ظهورها اللازمة يمكن أن يؤدي إلى تناقصها بشكل واضح وإلى انخفاضها تماماً . وتصدق هذه الطريقة في حالة معالجة اللازمات حديثة الظهور والتي لم يفسر على وجودها أكثر من بضعة أسابيع أو أشهر .

• - تعلّم استجابات متنافسة بديلة :

تعتبر هذه الطريقة كما تشير البحوث الحديثة أكثر الطرق فعالية في معالجة اللازمات ولو أنها تحتاج إلى جهد أكبر من الطرق الأخرى . وهذه الطريقة شكل من أشكال التصحيح الزائد ( Over correction ) . وتتلخص هذه الطريقة في أن يعلم الأطفال ممارسة استجابة تنافس الاستجابة المخاطبة ( اللازمة ) بشكل مباشر ، بحيث تجعل هذه الاستجابة المتنافسة للشخص أكثر وعياً بالمشكلة التي

(١) وهي الحالة التي توجد فيها رعشة عضلية وصوت لفظي ، وتبدأ عادةً بحركات تقلص عضلات لارادي في الرأس ومن ثم تنتشر إلى باقي أنحاء الجسم ، ثم يتم إحداث صوت متكرر مثل تغليف الخنجر أو الألف أو الصغير أو الصغير ، وأكثرها شيوعاً هو صوت السعال .

يُعاني منها ، وتكون متعارضة مع المشكلة بحيث لا تحدث هذه المشكلة ( اللازمة ) في أثناء حدوث الاستجابة البديلة أو المعارضة ، وأن تستمر في البقاء دقائق دون أن ينتبه إليها الآخرون ، وألا تتعارض مع النشاطات المعتادة عند الطفل . وهنا يتم إعلام الطفل بأنه سوف يقوم بممارسة سلوك يعمل على تعطيل العادة السابقة أو ينافسها . وهنا لا بد من عدم استخدام الشكوى أو التوبيخ إطلاقاً .

فلمعالجة لازمة أرجحة الرأس مثلاً يتم الإمساك بالذق لمنع حركتها وخفضها للأسفل بشكل غير ظاهر بقدر الإمكان ، بحيث يتم إحداث توتر العضلات مع بقائها في حالة سكون قدر الإمكان . وفي حالة أرجحة الأكتاف تُثبت الأكتاف للأسفل بقوة . وفي حالة رمش العين أو الارتعاش يتم إحداث العضلات المعارضة للعين أو الحد ، أو أن تقوم بالارتعاش بشكل طوعي ، والاحتفاظ بالعين مفتوحة على مسحتها ما بين الرمشات . وفي حالة أصوات الحنجرة المختلفة ، فإن التنفس الهادئ هو الاستجابة المناسبة ، على أن يعلّق الفم مفتوحاً بشكل بسيط ، ويتم ممارسة التنفس الهادئ بحيث لا يكون هناك انقطاع لتدفق الهواء دخولاً وخروجاً ، وهو يشبه بالتنفس الإيقاعي في أثناء السباحة ، حيث يكون التوقف عن التنفس غير مناسب .

#### ٦- العلاج بالمقايير « Drugs » :

لقد تم وصف عقاقير متنوعة لمعالجة اللازمة البسيطة ، بالرغم من أن البعض يرى أنها ذات فائدة محدودة ويخشون من استخدامها . وتتضمن المقايير المستخدمة ما يلي :

بيثروفينوتر ( Butyrophenones ) وفينوثيازين ( Phenothiazines ) وميثيل فينيدات ( Methyl Phenidate ) وديكسترو أمفيتامين ( Dextroamphetamine ) وهالوبيريدول ( Haloperidol ) ، وهذا العقار الأخير كان ناجحاً في علاج اللازمات البسيطة واللازمات المتعددة في ثلاث « توريث » . وذكرت التقارير أن استخدام « هالوبيريدول » مع الأطفال والمراهقين أظهر تحسناً بمقدار ٨٠ ٪ عند من يُعانون من ثلاث « توريث » ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

## خامساً : النشاط الزائد Hyperactive : مفهوم النشاط الزائد ومظاهره :

يُعرف شيفر ( ١٩٨٩ ، ص ٦ ) النشاط الزائد بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول . إنه متلازمة ( Syndrome ) مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعصبية معاً .

فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عصبية أو نفسية ، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وشعور بالذونية وعزلة اجتماعية . فالشيء الهام الذي يجب الانتباه إليه هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير اللائق وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فعاليته بأنها هادئة ومتزنة . فكثيراً ما يذكر الأيوان بأن طفلها لا يستقر ولا يهدأ ، وأنه دائم التجوال في المكان ، حيث يتسلق الجدران ، ويتكرر فشله في إتمام المهام الموكلة إليه . وقد ذكر في إحصائيات أكثر من ٣٠ ٪ من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قبل ذويهم ( الحجار ، ١٩٨٧ ) .

ولكن الشيء المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته ، فالمشوائية في النشاط والسلوك غير الموجه نحو هدف ، وعدم الامتثال للنظام ، مثل نظام الصف ، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن نحكم على النشاط الزائد عند الطفل والذي يعتبر من المشكلات اليومية التي تعاني منها الأسرة والمدرسة .

وقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات الفقيرة عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الغنية . ودلت الإحصاءات أن حوالى ٥ ٪ - ١٠ ٪ من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد ، وأن حوالى ٤٠ ٪ من الأطفال يُحالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط .

والجدير ذكره أن فرط النشاط واسع الانتشار ويُعتبر أمراً طبيعياً عند أطفال عمر السنتين إلى ثلاث سنوات ، وهو منتشر أيضاً عند الأطفال الأكبر جداً والذين يميلون إلى الاستكشاف وحُب المعرفة مما يعرضهم للانفعال من قبل الراشدين .

ولهذا يجب عدم التسرع والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديه من نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك . فالطفل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولا بد أن يتحرك ، ويلعب ، وقد يسبب الأذى أحياناً ( بدون قصد ) مما يجعل هذا السلوك غير محتمل عند الأم المكتئبة ، أو في الأسر الكثيرة الأولاد ، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوسواسي المسبق .

ومن للملاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقص تدريجياً مع النمو في العمر ويكون أقل بشكل واضح في سن المراهقة ، إلا أنه قد يستمر لدى البعض حتى سن الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز .

### الأسباب :

الأسباب المحتملة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتشابهة ولكن يمكن إيجازها وتلخيصها فيما يلي :

#### الأسباب العضوية :

يُصنف الأطفال زائدو النشاط بالخرابهم في كل موقف يتواجدون فيه ، ولكن يتميز سلوكهم بانتباه ضعيف وقصر المدة ( عدة ثوان ) ، وتشتت في الأفكار ، كما أنهم يظهرون انبساطية اجتماعية ، ويتميزون أيضاً بسلوك انتفاخي أعمج غير مسؤول . ويكثر هذا الانتفاخ عند المصابين بداء الصرع ، والاضطرابات العصبية ، وعند التأخرين عقلياً ، وعند الأطفال الأسوياء العصبيين . وهنا يمكن القول بأن المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط .

كما يعتقد أن من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط .

كما أن فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسمم مثل الالسمام الدريقي ، وداء رقص سايدينهام ( Sydenham's chorea ) .

كما أن التسمم بالرصاص يزيد من النشاط نتيجة الخلل الذي يحدث في الدماغ . إلا أن التأثير السمي تحت السريري بالرصاص لا زال غامضاً وغير واضح ( الحجار ، ١٩٨٧ ) .

كما بينت الدراسات أيضاً أنَّ الاطفال ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة ( E . E . G ) ، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الغدد ، أو ورم في الدماغ .

#### الأسباب النفسية :

هناك أيضاً أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الاطفال نذكر منها ما يلي :

أ - القلق : وهو كثير الحدوث وظاهر عند الاطفال زائدي النشاط ، حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الاطفال .

ب - وجود العطل في مؤسسات اصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيّفه وتوافق مع الآخرين ، والذي يكون غالباً تكيّف غير سوي .

ج - الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ، ويجوّل الانتقام من الآخرين .

د - بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاضطرابات التي تبدو عند الاطفال والتي تكون على شكل نشاط زائد تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء ، والذي يكون متلازماً مع الضعف في التركيز ( تركيز الانتباه ) ، والذي غالباً ما ينتج عن الإحباط الذي يصاحبه هؤلاء الاطفال في التحصيل الدراسي .

ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الاطفال ذوي الذكاء العالي والاطفال الموهوبين ولكن انتشاره يكون أكثر عند الاطفال ذوي الذكاء المنخفض ، فالطفل لتمييز الذكاء يظهر طاقة موجهة وهادئة ، وليس نشاطاً عابثاً وغير موجه .

#### الأسباب البيئية - الاجتماعية :

تعتبر الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل من العوامل المشجعة أو المثبطة للنشاط الزائد أو تقاوم الحالة لديه ، أو الممثلة لتنمية النشاط المهدف عنده . ولهذا يمكن أن نلاحظ عدة أسباب بيئية لقرط النشاط عند الطفل نذكر منها ما يلي :

أ - سوء العلاقة بين الطفل والديه أو بينه وبين الآخرين بشكل عام ، والذي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حسنة طبيعته ، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام .

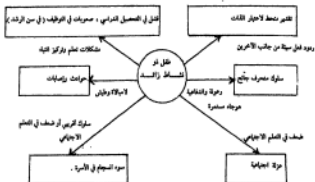
ب - ثم إن العلاقات الأسرية المتوترة والتي يكثر فيها الخصام ، أو قد تؤدي إلى الطلاق يجعل الطفل حائراً ، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بالمهام المختلفة ، ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها .

ج - كما أن الرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل الطفل ضحية هذه الخلافات ويؤدي به إلى الغروب من مثل هذه الأجواء ، وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله ، لأن التوجيه الوالدي غير موجود ، وكذلك التعزيز للسلوك السوي غائب ، مما يجعله يقوم بنشاطات وأفعال لا يرضى عنها المجتمع .

الآثار المترتبة على النشاط الزائد عند الطفل :

من خلال الشكل رقم ( ٣ ) نلاحظ أن هناك الكثير من الآثار السلبية التي تترتب على النشاط الزائد عند الطفل ، فقد نجد عند الطفل تقديراً منخفضاً لذاته ، وكذلك فشلاً في التحصيل الدراسي ، وسلوكاً منحرفاً جانباً ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، وسوء الانسجام داخل الأسرة بالإضافة إلى كثرة الحوادث والإصابات التي يتعرض لها .

شكل رقم (٣) بعض نتائج ومجالات النشاط الزائد المتعدد في الطفولة



(المجلد ١ ، ١٩٨٢ ، ص ١٢٧)

## طرق الوقاية والعلاج :

يكون النشاط الزائد عند الطفل سلباً عندما يكون محصوراً في موقف معين من المواقف وعندما يكون حاصل الذكاء عالياً ، ولكن هذا النشاط يكون له تأثير في الشخصية دون أن تصل إلى حد الاضطراب النفسي . ولكن عندما يكون النشاط الزائد معيماً في كل المواقف وشديداً ، وخاصة الذكاء منخفضاً ، وفي العائلة ما يشير إلى وجود الاضطراب في العلاقات الأسرية ، حيث يمكن أن تنبئ هذه المؤشرات بوجود الاضطراب النفسي عندما يبلغ الطفل سن المراهقة والرشد .

وعلى أية حال يمكن اتخاذ بعض التدابير الاحتياطية - الوقائية والعلاجية في حالات وجود هذه الاضطرابات السلوكية والتي من شأنها التقليل منها أو علاجها في حالة حدوثها . وأهم هذه التدابير ما يلي :

#### ١ - بيئة بيئة صحية مناسبة للأم الحامل :

فقد أوضحت الدراسات أن الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر في مستوى نشاط العقل وقدرته على التركيز .

كما إن إصابة الأم بالأمراض في أثناء الحمل أو تعاطيها العقاقير ، أو تعرضها للقلق والتوتر الشديدين ولغترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى النشاط الزائد عند الطفل في السنوات الأولى من عمره .

ولهذا لا بد من توفير الغذاء المناسب للأم الحامل ، وابعادها عن القلق والتوتر ومنعها من تناول العقاقير دون استشارة طبية . بالإضافة إلى ضرورة إبعاد الطفل عن الإثارات غير المناسبة ( كالصوت المرتفع ، والشجار المستمر ، والخبرات غير الصحية ... الخ ) ، وتجنب التقيد المستمر للطفل والعمل على تقبله وتحمل ما يصدر عنه من حركات طبيعية من قبل الأهل .

#### ٢ - ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة :

على الآباء والمربين ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة ، من خلال التعزيز الإيجابي للسلوك البناء الصحيح ، والثناء على أي إنجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى مما من شأنه أن يغري السلوك الصحيح الفعال .

بالإضافة إلى ذلك فإن الطفل يتعلم من والديه وأخوته الكبار هذه النشاطات البناءة الفعالة عن طريق القدوة ، إذ أن مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية نشاطهم يمثل نموذجاً يحتله الطفل في سلوكه من خلال الملاحظة لسلوك الأهل .

كما يرى شيفر ( ١٩٨٩ ) أنه يمكن للوالدين توضيح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك المهدف مثلاً ( يجب أن تنتهي من هذا وبعد ذلك سأستريح ) ، كما تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية مثلاً و هذه لم يتم إنهاؤها بشكل مناسب ، لذا علي أن أصلحها .



### ٣ - التعزيز اللفظي للسلوك المناسب :

عندما يقوم الطفل بأي سلوكٍ هادف لا بد للوالدين من إثابته بشكلٍ فعالٍ ومناسبٍ وبسرعةٍ مثلاً : ( رائع لقد قمت بهذا النشاط على خير ما يرام ) .

وعندما ينجح الطفل الأعمال الموكلة إليه لا بد للوالدين أن يظهر الأرتياح والسرور لهذا الإنجاز . ولهذا يمكن للوالدين تحديد الأهداف اليومية للطفل ، وامتداح أي جهد يبذله لتحقيق هذه الأهداف مثلاً : لقد حاولت ما بوسعك أن تكون هادئاً هذا المساء ، ويوضح للطفل مدى التحسن الذي أظهره فيما يتعلق بالهدوء والنشاط الهادف . ولا مانع من أن يعد الوالدان الطفل بتقديم المكافآت في حالة تكرار السلوك الهادف والغائب فيه . ولا مانع من أن يقوم الوالدان بتسجيل تكرار السلوك الهادف الذي يظهر عند الطفل ويعززان السلوك بعد كل عدد معين من هذه التكرارات ، بالإضافة إلى حسنة معينة نتيجة ظهور النشاط الزائد غير الهادف . ويمكن لذلك بالتعاون بين البيت والمدرسة استخدام نظام النقاط مع الأطفال ذوي النشاط الزائد وتقديم التعزيز بعد حصول الطفل على عدد معين من هذه النقاط مثلاً<sup>(١)</sup> :

السلوك	ما يحصل عليه الطفل
- لا يترك مقعده دون إذن .	- نقطة واحدة لكل عشر دقائق .
- يكمل المهام .	- نقطتان عن كل واجب قام به
	أو عمل إنهاء دون مساعدة أو تركيز

### ٤ - أن تكون التعليقات المقدمة للطفل واضحة :

عند تقديم التعليقات للطفل من قبل الأهل ليقيم بعمل ما، لا بد أن تكون هذه التعليقات واضحة ليعرف الطفل ما هو المطلوب منه بالضبط ، بالإضافة إلى وصف السلوك المرغوب بشكل واضح ويحدد مثلاً : « إن عدم الاستمرار في هذا العمل قد يهرق انجازك في الوقت المحدد » أو « عندما تشعر بالتوتر تنفس بعمق وانظر من النافذة فسوف تهدأ ثانية » .

(١) شير ، شارلز ، وهورلد ميلان : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نزيه حنفي ، ونسمة داؤود ، الجامعة الأردنية ، ١٩٨٩ .

ولهذا فإن معرفة الطفل ما يريد الوالدان وإمكانية التنبؤ بذلك يشعر الطفل بالأمن والهدوء . ولذلك يجب على الوالدين الاتفاق مبدئياً على أن تكون استجابتهما للطفل متوافقة ، وعندئذ سيتعلم الطفل أن الاستجابات الموجبة من كلا الأبوين سوف تتبع السلوك الهادف غير العشوائي .

كما أنه من الضروري تهيئة الطفل قبل الإقدام على العمل بأسلوب جيد يساعده على التركيز على نشاط محدد . مثلاً قبل الدخول إلى محل تجاري يمكن للآب أن يقول لابنه : عليك أن تبقى معي ، وسوف تلاحظ بأن هناك ازدحاماً وضجيجاً ما ، ولكن هذا لا يعني عليك أن تبقى هادئاً ، ولا يسمح هنا بلمس أو حمل أي شيء قبل شرائه ... إلخ .

بالإضافة إلى ذلك لا بد من تقليل المشتتات الموجودة في غرفة الطفل ، وأن نحدد أماكن الأشياء في غرفته ( وخاصة الصغار منهم ) ، ووضع أسماء على الأشياء الموجودة في الغرفة .

#### ٥ - ضبط السلوك من خلال المراقبة الذاتية :

إن حديث الطفل مع نفسه من الطرق الفعالة في السيطرة على النشاط الزائد ، فبدلاً من أن يتحرك العقل بشكل غير هادف يمكن أن يجبر نفسه ماذا يجب أن يفعل بصوت مرتفع أولاً ، ثم بصمت فيما بعد كأن يقول لنفسه : « أريد أن أهي هذا العمل ، لذا يجب علي أن أنتبه ، وسوف ألعب فيما بعد » ، ويمكن تذكره قبل القيام بالعمل بالقول : « قف وفكر » أو « ما الذي كان علي أن أفعله » ... إلخ .

#### ٦ - العلاج الدوائي :

يكون الطفل الزائد النشاط أحياناً ضعيف التركيز في الانتباه ويعاني من شروخ في الذهن مما يجعله قليل النجاح في أي عمل يكلف به ، وتكون الجهود العلاجية بالتعليم قليلة النجاح . ولهذا لا بد من العلاج بالأدوية .

فقد أثبتت الدراسات أن أفضل دواء لعلاج النشاط الزائد عند الأطفال هو ميثيفينيدات Methyphenidate يومياً بمقداره ٢٥ ، ٥٠ - ١٠٠ ملغ / كغ من الجسم ، أو في دواء مماثل له من الأدوية النشطة للجملة العصبية مثل : بيمولين Pemoline أو دكسامفيتامين Dexamphetamine . فقد أثبتت التجارب أن

المعالجة التجريبية يمثل هذه النشاطات لمدة ٦-١٢ أسبوعاً أظهرت تحسناً واضحاً على سلوك المتعالمين سواء في مستوى الإدراك والسيطرة الحركية أو في درجة تركيز الانتباه في الأعمال المتكررة (الحجاز ، ١٩٨٧) . ولكن هناك محذور من استخدام النشاطات العصبية وأثر جانبي لها ومن ضمنها : ضعف القابلية للطعام ، والأرق ، واضطرابات النوم ، وعدم الاستقرار النفسي. كما أن المقلص العالية من النشاطات العصبية الضابطة للسلوك والمحنة للاداء قد تحدث خللاً في تركيز الانتباه .

أما وصف المهدئات النفسية من صف البنزوديازيبين Benzodiazepine فلا بد من تجنبه نظراً لعدم فائدتها عند معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد .

أما المهدئات القوية مثل : الكلوربرومازين ، والهالوبيريدول Haloperidol فلها تأثير جيد في ضبط النشاط الزائد عندما تفشل المعالجة بالنشاطات العصبية ، وغالباً تكون المقلص الدوائية القليلة هي الأفضل ( ٠,٠٢ - ٠,٠٨ ملغ / كغ من وزن الجسم ) في دواء هالوبيريدول ( الحجاز ، ١٩٨٧ ) .

ولكن مهما كانت فعالية المعالجة الدوائية فلا بد من استخدام العلاج النفسي الأسري في حالة اضطراب النشاط السلوكي عند الطفل .



## الفصل السابع :

### مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

— مقدمة .

أولاً : السرقة

ثانياً : الكذب

ثالثاً : التمرد أو العصيان

رابعاً : العدوان .



## الفصل السابع

### مشكلات السلوك اللااجتماعي عند الأطفال

— مقدمة :

إن السلوك اللااجتماعي يضع الطفل في حالة صراع مع المجتمع ، والذي قد يتم ويتطور من خلال المجتمع الذي يفضل أحياناً التناقص على التعاون ، والذاتية على الغيرية . فالطفل تكون لديه عادة الطرق المناسبة للتصرف إلا أنه بحاجة إلى أن تكون لديه الدافعية للقيام بها . فقد ثبت أن الاستخدام للشروط للمكافآت والعقوبات ، والتجاهل والتملج للسلوكات الاجتماعية المرغوبة هي أساليب فعالة في خفض التصرفات اللااجتماعية « السرقة ، الكذب ، العدوان ... » فقد دلت الدراسات أن الأسر المتفككة أو فقد أحد الوالدين لفترة طويلة يؤدي غالباً إلى سلوكات لااجتماعية عند الأطفال لأن ذلك يعني قطع علاقة هامة جداً ، ولا يعرف الطفل كيف يتعامل مع ذلك إلا بالتضال ضد المجتمع .

فالطفل الذي يشعر بالهزس الناتج عن فقد أحد الوالدين يلجأ أحياناً إلى القيام بسلوك لااجتماعي مثل : السرقة أو الانحراف .

كما أن الآباء الذين يغضون أبصارهم أو يغفرون السلوكات اللااجتماعية يتناسون أنهم يمنون الطفل لتخط حياة جائرة .

بالإضافة إلى ذلك فإن وصف الطفل أو تصنيفه على أنه « منحرف لوسى » بسبب سلوكات لااجتماعية محددة مثل : سرقة أشياء تافهة تنمي عنده مفهوماً سلباً عن الذات ، وما إن يرى الطفل سلوكه سيئاً حتى يستمر بالتصرف وفقاً لهذه الطريقة ويبحث عن الآخرين الذين يتسمون بهذا السلوك ليتأمل معهم .

ولهذا لا بد من عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه هذه الأفعال التي يقوم بها الطفل ، ولا بد من السيطرة على التفاعلات وعدم أخذ هذه السلوكات على أنها مؤشرات بأننا آباء فاشلون .

ومن المفضل عند حل مشكلات العقل أن تختار سلوكاً محدداً سبباً لمعالجته ويكون هذا السلوك الأكثر حدوثاً عند الطفل ونعمل على معالجته وأن نكون مرنين في ذلك وأن تكون لدينا النية الصادقة في تخليص الطفل مما يعانيه من سلوك لا إجتماعي .

وفيما يلي سوف نتطرق إلى أهم مشكلات السلوك اللاإجتماعي والتي يكثر ظهورها عند الأطفال بشكل خاص وهي :

### أولاً : السرقة Stealing:

#### مفهوم السرقة ومظاهرها :

تُعتبر السرقة عند الأطفال من المشكلات الاجتماعية الحساسة التي تستلزم الوقوف عندها ، والتعرف على الدوافع الأساسية الكامنة وراءها ، لأن تأصيل هذه المشكلة عند الأطفال قد تدفعهم مستقبلاً إلى ارتكاب أخطاء جسيمة تؤثر في المجتمع ، وفي نظرة الآخرين إليهم ، وعلاقتهم الاجتماعية بالآخرين ، وقد تتطور لتصبح مرضاً يحد ذاته من الصعب للفرد أن يتخلص منه بسهولة . وقد عرّف ياسين ( ١٩٨٨ ، ص ٤٨٠ ) السرقة بأنها « العدوان المقصود أو غير المقصود على ملكية الآخرين » .

فالسرقة مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض امتلاك شيء لا يخصه . وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه .

والسرقة قد تكون نوعاً من الاستسلام للتسرع للدافع أو رغبة مؤقتة أو عبارة لمجموعة من الناس أو قد تكون اضطراباً نفسياً يقوم بها الطفل العصبي . فالسرقة عند الفرد غالباً ما تكون صفة مكتسبة يتعلمها الطفل من معاشته للآخرين وتفاعله معهم كما يحدث لأنماط السلوك الأخرى .

فالطفل إذا لم يدرّب في إطار الأسرة على التفريق بين ما يخصه وبين ما يخص الآخرين فإنه من الصعب أن نتوقع منه أن يكون أكثر تمييزاً بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المنزل . وسرعان ما يتعلم الطفل بخبرته أن كثيراً من الأشياء محرمة عليه ، غير أنه لا يدرك الأسباب التي أدت إلى هذا التحريم ، ولذلك فإن الخوف



من العقاب ومخطط الوالدين في مطلع حياة الطفل هو السبب الذي يمنع صفه الأطفال من السرقة . ولكن السرقة تحتاج إلى مهارات عقلية وجسمية تساعد الطفل عليها إذا ما توفرت لديه الرغبة في ذلك . ومن هذه المهارات : وسرعة حركة الأصابع ، وخفة الحركة العامة ، ودقة الحواس من سميع وبصر ، والقوة الميكانيكية ، ووفرة الذكاء العام ، ودقة الملاحظة ... إلخ .

والسرقة البسيطة كثيرة الشبوع عند الأطفال في مرحلة العقولة المبكرة والوسطى وتبلغ ذروتها في حوالى ٥ - ٨ سنوات حيث تميل بعدها إلى التناقص مع نمو الضمير عند الطفل وإبعاده تدريجياً عن التمرکز حول الذات .

والسرقة العادية إذا استمرت بعد سن العاشرة من العمر ، فإنها تدل على وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية . فقد دلت الدراسات أن حوالى ٢٥ ألف طفل في أميركا يجالون سنوياً إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

أما السرقة التي تحدث دون سن العاشرة من العمر وتكون لمرة واحدة فقط فلا يمكن أن نعلق عليها الكثير من المخاطر ، لأن الأهمية المرضية لمشكلة السرقة تكون في تكرارها .

ويرى حسن ( ١٩٨٨ ) بأن هناك اختلافاً في نوعية وكيفية السرقة عند الأطفال ( ذكور وإناث ) ، ولكنها تُشكل حوالى ٧٠ ٪ من أعمال الشغب ككل عند الأولاد والشباب . وهذه النسبة تكثر عند الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل أنثى ( ١٠ / ١ ) .

### أسباب السرقة :

قد يسرق العقل الصغير لأنه لا يكون قد وصل إلى مرحلة من النمو العقلي والاجتماعي والتي تمكته من التمييز بين أملاكه وأملاك الآخرين ، وأن الآخرين ملكية خاصة لا بد من أن تحترم . إن مثل هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التمييز بين الاستعارة والسرقة ، فالسرقة ليست إلا سلوكاً يعبر عن حاجة نفسية . ولهذا يمكن أن تكون أسباب السرقة مباشرة وقد تكون غير مباشرة . كما قد تكون من أجل إشباع حاجة جسمية أو نتيجة لعوامل نفسية يلية .

ويمكن إجمال أهم الأسباب الداعية إلى السرقة فيما يلي :

- ١ - قد تكون دوافع السرقة دوافع مباشرة ظاهرة ، فقد يسرق الطفل نتيجة الحاجة المادية وذلك بسبب الخلفية الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها . فالطفل يسرق لشراء بعض الأشياء التي يرغب فيها ، وهذه السرقات قد تكون نقوداً أو سلعاً ، أو غطف أطعمة من العربات أو المحلات التجارية . فالسرقة تكون هنا نتيجة للحرمان الذي يُعانيه الطفل . وقد تظهر دوافع السرقة في هذه الحالة نتيجة وفاة الوالد ، أو عجزه عن مساعدة الأسرة مما يجعل الطفل يلجأ إلى السرقة لسد كفافه وكفاف أسرته .
- ٢ - قد تكون السرقة عند الطفل لتعويض الشعور بالنقص ، وتدعيم احترام الذات والدونية . فالطفل يسرق ويعطي للآخرين ليثبت لهم رجولته وكفأته من خلال إشعارهم بأنه قادر على مجاراتهم في النفقات . كما يستمتع بعض الأطفال بالسرقة لوجود حس المغامرة والاستثارة فيها ، أو لإشباع هوية خاصة ، كما يسرق الطفل من منزله ليعطي زملاءه بالمدرسة مثلاً ، لأنه يرى أن إعطاء مثل هذه الحاجيات المادية للزملاء تجعله مقبولاً عندهم ، وليؤكد مكانته الاجتماعية كذلك .
- ٣ - كما أن الطفل يسرق بدافع لاشعوري للانتقام من أحد والديه ، بسبب فقدان العطف أو الحرمان الذي عاينه في الأسرة ولهذا يبرهن بسلوك السرقة عن كراهية وعدوان لوالده . كما قد تكون السرقة بدافع الانتقام من الآخرين للأخذ بالثأر . فالسرقة كثيراً ما تُستخدم كطريقة لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي أو وهمي يلحق بالطفل أو ينجب إليه أنه لحق به ، فهي مواجهة انتقامية ، وتعويض للعطف الذي حُرم منه .
- ٤ - قد تكون السرقة تعويضاً رمزياً لغياب الحب الوالدي أو الاهتمام أو الاحترام أو للوثة ، أو بسبب ترك أحد الوالدين للبيت أو وفاته . فقد أكدت الدراسات أن الكثير من حالات السرقة عند الأطفال تكون نتيجة نشأة أسرية سيئة والتي كثيراً ما تتسم بالنيل التام للطفل .
- ٥ - كما يمكن أن تكون السرقة عند الطفل نتيجة للعدوة السيئة من الأطفال الذين يمارسون أمامه السرقة - الخفيفة في المنزل أو في المدرسة أو المجتمع . كما أن اختيار الطفل لنموذج سيء للاقتداء به قد يؤدي إلى التوحد معه .
- ٦ - كما تلعب الخبرة بالطفل إلى السرقة ، وقد يكون ذلك بطريق غير مباشر قد

نجهله إلا إذا استطلعنا فحص للوقف ودراسة بليقة . فالطفلة التي تسرق حاجيات غيرها من الأطفال سواء في المدرسة أو من بيوت زميلاتها اكتشف أن هؤلاء الزميلات كنّ يعرضن ما يشترين من جديد من الألعاب ويتباهين به أمام هذه الطفلة مما جعل الغيرة تسيطر في نفسها ، وتعتمد إلى اختلاص حاجيات زميلاتها وتحطيمها دون الانتفاع بها . فالطفل لا توجد لديه إلا درجة احتياح مُتدنية في مواجهة الإحباط ويجد صعوبة في مقاومة الإغراء .

٧- وفي بعض الأحيان تكون السرقة مرتبطة بنوع من أنواع التوتر الداخلي ونوع من أنواع الصراع العقلي عند الطفل ، مثل الاكتئاب ، أو الغيرة من ولادة طفل جديد ، أو الغضب ، مما يجعله يحاول استعادة الشعور بالارتياح من خلال السرقة . فالسرقة التي يقوم بها الطفل العصبي دليل على نقص الحب والدافع إليها لاشعوري .

٨- المجلات البوليسية ، والأفلام التلفزيونية والتي تعرض فيها نماذج من حالات السرقة والسطو يمكن أن تجعل الطفل يُعجب ببعض الشخصيات ويقلدها في أفعال السرقة وتحقق لديه الأعداء والميراث لذلك .

٩- قد تكون السرقة نتيجة للإحباط في الدراسة أو إشباعاً انفعالياً لطاقة زائدة موجودة عند الطفل لم تجد المتفرد الطبيعي لإشباعها .

١٠- الافتقار إلى التنشئة الاجتماعية الصحيحة ، وغياب التوجيه في الأسرة ، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة أو مثل عليا ، مما يجعل الطفل في ضياع وتفكك ويميل إلى الانحراف وقد تكون السرقة أحد السبل التي ينخرط فيها .

١١- كما يلجأ الطفل إلى السرقة نتيجة وجود القسوة والحرمان والعقاب أو التذليل المتطرف داخل الأسرة . فالأسرة المتصدعة والسلوك المسرف من قبل الوالدين يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان وعدم الاستقرار عند الطفل مما يؤدي إلى سلوك غير متكيف وهو اللجوء إلى السرقة .

### الوقاية والعلاج :

إن العلاج الفعال للسرقة والوقاية منها يكون بالبحث الجاد عن الأسباب المؤدية إليها ، والتأكد من أن حالات السرقة طارئة أو متكررة ، والتصرف على

طريقة السرقة ووظيفتها ، والصفات الشخصية للسلار ، ويمكن تلخيص أهم طرق الوقاية والعلاج لهذه الظاهرة فيما يلي :

١ - العمل على غرس احترام ملكية الغير عند الطفل ، وإشباع حاجاته الذاتية دون تقصير أو إسراف ، وتنبيهه على احترام الملكية الجماعية مع استخدام أسلوب الثواب والعقاب ، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة احترام ملكية الطفل وإشباع ميله إلى التملك . فالأطفال الذين اعتادوا السرقة يحتاجون إلى إشراف مباشر من قبل الآباء والمعلمين بحيث كلما قاموا بالسرقة كان احتمال اكتشاف الحدث غالباً .

٢ - عند حدوث السرقة من قبل الطفل لا بد من اتخاذ الإجراء القوي المناسب . فبدلاً من تجاهل الوالدين لما يحدث عند الطفل أو التقليل من شأنه ، يمكنها أن يتخصص وقتاً كافياً لفهم سلوك الطفل هذا ومواجهته وتصحيحه . والطريق في تصحيح ما حدث يكون بالتعويض عن ذلك الشيء إما بإعادته إلى صاحبه أو بدفع مبلغ من المال لشراء بديل عن ذلك الشيء مع الاعتذار .

وبالإضافة إلى الطلب من الطفل التعويض عما أخذ أو بإعادته إلى المكان نفسه الذي أخذ منه ، على الوالدين مواجهة الطفل لفظياً « بعد أن يبدأ » بمخاطر هذا السلوك ، وأن يفسر للطفل لماذا يعتبر هذا العمل غير مناسب ، وبيناً له أنها لا يقبلان هذا السلوك ، ويسمياً مثل هذا التصرف « سرقة » دون استخدام تعبيرات أخرى . ولا بد أيضاً من مواجهة الطفل بأن هذا التصرف هو هدرٌ للملكية الخاصة للآخرين ، ومن المناسب أن تظهر له أنك تفهم دوافعه وتنتهي للمواجهة من خلال التعبير عن عبتك له وتوقعاتك الإيجابية منه . وفي الحالات التي يشكو منها الآباء والمعلمون بأن الطفل سرق ولكن دون التأكد من ذلك يمكن في هذه الحال القول :

« س : أنا لست متأكد من أنك أخذت نقوداً من « ص » ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك لأنك شعرت بحاجة حقيقية إليها، وإذا كان بإمكانك إعادتها فسوف أكون فخوراً بك ، بل أهم من أن أكون فخوراً بك وأن تكون أنت فخوراً بنفسك عليك أن تعيش مع نفسك ، وتكون سعيداً بذاتك وسوف يكون من الصعب القيام بهذا إذا لم تكن أميناً ومنصفاً للناس

الآخرين » . وفي الغالب سعيد الطفل المروى بعد عدة أيام بعد مثل هذه المحادثة .

٣ - لا بد من تحديد ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة ، بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت ؟ فالطفل لا تكون لديه إجابة مقبولة ، ولهذا فلا بد من فهم الدوافع الرئيسية الكامنة وراء سرقة الطفل ، ولهذا فقد تكون الدوافع وراء ذلك : حرمان عاطفي أو عدم التضج ، عدم القدرة على تطوير عاكسة أخلاقية ، أو حب الاستثارة وحب الظهور ، أو القدوة من الوالدين أو الزملاء . ولهذا لا بد من العمل على الشباع ورغباته الانفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع .

٤ - عدم المبالغة في الاستجابة لسلوك « السرقة » عند الطفل وضبط الانفعال والتصرف بهدوء وحكمة : فعل الوالدين أو المعلمين عدم المبالغة في الغضب عندما يتعاملون مع الطفل السارق وعدم اعتبار السرقة بمثابة فشل شخصي . ويمكن التعبير عن عدم الرضا بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والانفعال الزائد وجعل الطفل يشعر وكأنه مجرم .

فمنذما تصف الطفل بالوصاف سيئة ، قد تجعل الطفل مقتناً بأنك على حق ويؤدي إلى شعوره بالذنب والعار ويؤدي إلى إضعاف العلاقة بالطفل . فالأهمه المناسب هو أن يكون الفرد عقلانياً في مواجهة الطفل السارق ، والبحث عن جميع الحقائق والأسباب الكامنة وراء حادث السرقة . وعدم إذلال الطفل وإهانته ، والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية وتفهم .

٥ - تبصير الطفل بالنتائج الاجتماعية والشخصية التي تترتب على سمعته بين الناس ومستقبله ونجاحه في الحياة مع استخدام التحليل والإنذار ، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية .

٦ - عدم تفضيل الأعمى أو التلاميذ على الطفل صاحب المشكلة ووضعه في خبرات عائلية ومدرسية عادلة ومتكافئة القمص .

٧ - لا بد من تخصيص دخل معتدل للطفل ، فقد أكدت الأبحاث أن الطفل الذي يتورط في سرقات صغيرة يميل إلى أن يكون قد نشأ في بيت يتجاهل

حاجاته الخالية أو في بيت يقوم فيه الوالدان بإعطائه مقادير كبيرة من النقود .  
فهي من المدرسة لا بد من تخصيص مصدر دخل مُعتاد ومعتدل كمصروفٍ  
للطفل .

٨ - ضرورة توافر القدوة الحسنة في سلوك الراشدين وتحديد اتجاهاتهم الإيجابية  
والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل وضوح لينعكس ذلك على سلوك الأطفال  
ويقتنوا ويمسكوا بها .

٩ - تعويد الطفل مبكراً على الأخذ والعطاء مع الاحتفاظ بالملكية الخاصة وتنمية  
شعوره بهذه الملكية ضمن الحدود المعقولة بعيداً عن الجشع والأنانية .

١٠ - العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق ، فالإنسان السعيد لا  
يسرق قهرياً ولا باستمرار .

ولمعرفة حادثة السرقة عند فرد ما يجب أن نسأل :

— ما هي خلفية الفرد ؟

— هل نشأ في منزل سعيد ؟

— هل يشعر بالذنب من اللعب بأعضائه التناسلية ؟

— لماذا لا يحترم والديه ؟

— هل يشعر بأن والديه لا يحبانه ؟

( منصور ، ١٩٨١ ) .

## ثانياً : الكذب Lying :

### مفهوم الكذب ومظاهره :

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك ونية غش أو  
خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة .  
فالكذب عادة واتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها .  
والكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير صحيح ينتج عنه الكثير من المشكلات  
الاجتماعية . بالإضافة إلى أنه يعرّض الطفل على هذا السلوك فينشأ كذاباً . ولكن  
الكذب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والمربين قد يكون بمحكمة مرحلة النمو  
التي يمرون بها . فالطفل يكذب رغبة منه في جذب انتباه الآخرين .

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع ، مما يجعلهم عُرضة للوقوع في الكذب . ويتشرب الكذب عادة بين الأطفال دون الخامسة ، والكذب عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالة عارضة ومألوفة . وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقوى نفسية تؤثر في سلوك الطفل . أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكذب الاجتماعي « antisocial » . حيث يتم الكذب عن قصد لينفي العقل عن نفسه تهمة ، أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضرراً ما ، أو للحصول على مكاسب ، أو ليحط من قدر الآخرين ، أو للانتقام نتيجة الشعور بالغيرة . فالأطفال يمتلئون في مستوى فهومهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق ، حيث أن صدق الأطفال هو صدق لفظي . ويميز بياجيه « Piaget » بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب<sup>(١)</sup> . وهذه المراحل هي :

المرحلة الأولى : يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار ، ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً .

المرحلة الثانية : يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بعد ذلك ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة .

المرحلة الثالثة : الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام للتيادل .

ولعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية :

— لماذا يُعتبر ذكر الأكاذيب خطأ ؟

— هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد ولم يتم أحد بمعاقبتك على

ذلك ؟

والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكذبون عندما يكونون في المرحلة الثانية (١)

عمر ست سنوات ) ، وفي المرحلة الثالثة يستمر حوالي ثلث الأطفال من عمر ١٢ سنة بالكذب ، والكذب قد يأخذ أشكالاً مختلفة منها :

(١) شيلر ، شارلز ، وآخرون ، ترجمة نسيم دلاورد ، ونزيه حندي ، عمان ١٩٨٩ .

كذب التقليد ، والكذب الحيالي ، والكذب الذي يكون خلطاً بين الواقع والخيال ، والكذب الادعائي أو المرضي ، والكذب الغرضي أو الأناني ، والكذب الانطوائي ، والكذب الدفاعي ، والكذب العنادي وغير ذلك من أنواع .

وبغلة الأنواع من الكذب أسباب ودوافع تكمن وراءها .

## أسباب الكذب :

من ضمن أسباب الكذب ما يلي :

١ - تقليد سلوك الراشدين : فالطفل يتعلم الكذب من قلوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو للجمع ( كذب العنوي ) ( السيد الهابط ، ١٩٨٣ ) . فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحيطين به ، فإذا كانوا يلتزمون في ألوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدهم في ذلك ، أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين ، فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين .

٢ - يكذب الطفل للهروب من النتائج غير السارة ، أو لتفشله في تحقيق النجاح ، وغوفاً من العقاب أو توقع وقوعه . فالعقاب إذا كان مطرداً قاسياً لا يتناسب وما يتطلبه الموقف أدى إلى التحلل الكذب وسيلة للوقاية ( الكذب الدفاعي ) ، ولكن الكذب كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه .

فالأطفال كثيراً ما يندفعون في استخدام الكذب كسلاح غريزي لوقاية أنفسهم من العقاب ، أو إذا ثبت للطفل أن الأمانة والصراحة لا تساعدانه في التخفيف من العقاب .

٣ - كما يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص ، فهم يلجأون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وتصورهم عن التوافق مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم . فالطفل يلجأ في سبيل المقارنة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدور فيها . كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محورياتها ملققة من قبله حتى لا يتعامل الناس أمره تجاهلاً . فالطفل يكذب ليلفت انتباه الوالدين ، وكتعبير لا شعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على



٤ - الصرامة في المعاملة : فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم ، والتشدد في تشتمهم على الصدق ، حيث يذقون في كل عبارة تصدر عنهم ، والتصيق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم ، تؤدي بالطفل للجوء إلى الكذب كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرضيه الوالدان . كما أن الإقراط في تدليل الطفل في صغره ، ثم تغير أسلوب المعاملة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق والتدليل قد تغير - وهذا ما يرفضه الطفل - يدفعه إلى التلويح والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه ( الكذب الادعائي ) .

٥ - للمجتمع تأثير كبير في الطفل ، حيث يدرب أحياناً على الواروة والتفاني الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والتجلبع بوساقتها ، وإسقاط الذنب على الآخرين ، والخروب من المسؤولية والواجب . فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوتها إليه ، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق ، أما إذا سمع الطفل أحد أبويه مراراً يشكك في صدق الآخرين ، أو شاهد أنه تتخلص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض ، أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الآخر ، أو إذا تم وعد الطفل عدة مرات دون الوفاء بذلك ، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر .

٦ - كما يكذب الطفل أحياناً كرفية في تحقيق غرض شخصي ، كان يدفع الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضار ذلك لقضاء بعض الحاجات ، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حاجاته هو .

٧ - كما يكذب الطفل أيضاً ليتهم غيره باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم . ويحدث هذا النوع من الكذب الانتقامي نتيجة الغيرة التي يشعر بها الطفل ، أو نتيجة عدم المساواة في المعاملة بين الأبناء .

٨ - كما أن صغر عمر الطفل وعدم قدرته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يؤدي به إلى ذكر بعض الأمالي والطلبات والإقصاد عنها بطريقة عمكة التحقيق . وهذا النوع من الكذب مرتبط بالثانية الخرافية والأسطورية ، والتي تكون قد تكونت نتيجة ذكر بعض القصص الخرافية من

الجند أو الأب قبل ذهابه إلى النوم مثلاً . فخيال الطفل قوي للدرجة تجعله أقوى من الواقع نفسه . فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال وتلبس عليه الأمور . ويتج عندئذ داخل في الفهم ، ويصعب التفريق بينها ( الكذب الحيالي ، أو الاتكاسي ) .

٩ - ويرى Breckenridge ( في العيسوي ، ١٩٩٠ ) أن بعض الأطفال يكتبون على سبيل اللعب ، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كلهم في المستمعين ، ويشعرون بالسرور لذلك .

١٠ - بالإضافة إلى ذلك فقد يكتب الطفل بدافع الولاء لطفل آخر ، وذلك رغبة منه في تقليده من مشكلة أو ورطة معينة . فالطفل هنا يقع في صراع عندما يتعارض شعوره لاصداقه مع مبدأ الصدق .

### الوقاية والعلاج :

١ - يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمر مبكر من سن الطفل ، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته . ويقوم الطفل بالمبالغة والتحويل واختلاق الأقاويل وتلقيب النهم هنا وهناك ، الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبويه ثم أقرانه ومعلميه ، مما يولد عنده عدم حبه واحترامه من قبلهم ، وهذا بدوره يفقده مكانته الاجتماعية .

٢ - لا بد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على تحاشيها مع إعداد نظام تربوي ، سلوكي ، للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل . ولهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لذاته ولما يقوم به ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة ، ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة ، كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى ، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته .

٣ - لا بد من تعليم القيم الأخلاقية للطفل : Teach Moral Values . لا بد من التأكيد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومفيد للشخص وللآخرين . فالاحترام المتبادل والثقة تبنى على أساس الاتصال الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها أهمية كبيرة . ولا بد من التأكيد أيضاً أن الصدق أمر

متوقع من جميع أفراد العائلة ظلالاً أنه جزء من معاييرها الأخلاقية ، مما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوف أو عقاب ، بالإضافة إلى ذلك فلا بد من عدم التغاضي عن كذب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به .

4 - أن يتصف الآباء والكبار المحيطون بالطفل بالصدق ، وإظهار استراحتهم وإعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم . بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إن كانوا غير قادرين على تنفيذها ( الغزي ، ١٩٧٦ ) . فالتزام الآباء والمرين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعلًا شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توكي الصدق قولاً وفعلًا .

5 - استخدام الثواب والعقاب : لا بد أن يتعلم الطفل من خلال الخبرة أن الكذب لن يؤدي إلى النجاح ، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تخفيض العقوبة التي يلقاها نتيجة سوء تصرفه ، وأن الكذب الذي يؤدي إلى التستر على سلوك لا إيجابي لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة . ويكون العقاب على شكل خسارة الطفل لبعض الامتيازات ، أو بتلقى عقاباً مزدوجاً . ولا بد من استخدام العقاب الذي يتناسب مع حجم الخطأ دون تهور أو انفعال زائد ، وعدم المبالغة في التشقيق على كل كلمة يقولها الطفل . ولا بد من إظهار قيمة الصدق للطفل من خلال التكرار عدة مرات فإذا قال الصدق فسوف تبتلع كل ما يمكن لمساعدة الطفل . ولا بد من أن يعرف الطفل بأن الصدق يكون دائماً في صالحه ، في حين أن الكذب لا يكون كذلك . فالتأثير للترتبة على الكذب أكثر سوءاً من الخطأ نفسه .

6 - لا بد من تنمية الوعي الذاتي عند الطفل ، وإعطائه فرصة أخرى لتحاشي الكذب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الزجر والعقاب . فالطفل عندما يكذب ياتكبر أنه قلم بفعل شيء ما ، لا بد من مساعدته على التعرف على دوره في الموقف المشكل ، وذلك يجعله يتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن القول له : « أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية » .

ولا بد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تشك في أن بعض الأجزاء التي ذكرت غير دقيقة وغير صادقة . وعندما يعود الطفل

ويتضح الموقف ، فإنه يرى نفسه على خطأ ، وأين أخطأ ؟ وأين بالغ في وصف الواقع . ولا بد من إظهار الموافقة مع الطفل كلما كان على حق وكان واضحاً في كلامه ( شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ) .

٧ - إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصديق والكذب كتمودجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات وضمانة ذاتية لا يخافون خارجية سلطوية مؤقتة التأثير . وإعطائه الفرصة للتنفيس عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسم والنشاطات والألعاب وممارسة هوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والعلمين في المدرسة ( ياسين ، ١٩٨٨ ) .

٨ - العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع ، وتوجيه الطفل إلى قول الصديق وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالنجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة . أما تكليفه بالأعمال التي تفوق قدراته واستعداداته فإنه يشعر بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالنقص والضعف .

٩ - التقليل ما أمكن من العقاب ( وخاصة البدني ) واللوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي . فشدة العقاب تعمل على تبلد الإحساس وتجعل الطفل يتعود عليه ، ويحدث تثبيتاً على السلوك غير السوي ، أي عكس ما يرغب الراشدون .

ولا بد من أن نشعر أبناءنا بثقتنا بهم ، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم ويحتمتهم ، مما يجعلهم يقولون الصديق دون الخوف من العقاب . كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجأون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم .

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف ، والقلق عن الطفل ، فالشخص الأمن لا يكذب ، أما الشخص الخائف فيكذب كوسيلة للهروب من العقاب الذي قد يحرق به إذا قال الصديق .

## ثالثاً : التمرد أو العصيان Disobedience :

### مفهوم التمرد أو العصيان ومظاهره :

من المشكلات العامة التي تشغل تفكير الآباء والمربين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل ، حيث يرى العديد من الباحثين ( شيفر ، ١٩٨٩ ، حسين ، ١٩٨٦ ) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثانية والرابعة من العمر . كما يرى جونسون Johnson ( ١٩٧٣ ) أن حوالي ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان .

ولهذا نرى بأن التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين ، وذلك نتيجة شعوره بالقسوة والتسلط وما يؤدي إليه من عجز عن القيام برد فعل تجاه ذلك . فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلّم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تعمل فيه . ويتبرم الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الطفل ، ويتساءلون عن كيفية تعليم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد . فمن المعروف أن بعض الأطفال يطيعون تعليمات الآباء خلال السنتين الأوليين ، ولكن البعض الآخر لا يفعل ذلك ويتمرد ، حيث يرى الطفل في الكبار التسلط والقوة والفهر وهذا الشعور يتولد من خلال شعوره بضعفه وعجزه عن القيام بما يتعين القيام به . فمن المعروف أن سلوك الطفل في السنتين الثالثة والرابعة من العمر يتميز بالتمركز حول الذات فهو لا يتم بأقوال وأفعال الآخرين إلا إذا كانت مرتبطة بذاته ، ولكن مع التقدم في العمر وتفاعله مع البيئة المحيطة به ، فإن هذا السلوك يخف تدريجياً ويبدأ بالتعامل مع العالم المحيط بشكل أكثر موضوعية .

من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومعقول وتعبير صحي عن الأنا النامية التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي إذا ظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، أما إذا تكرّر واستمر هذا السلوك إلى فترة طويلة فإن ذلك يعد مؤشراً على عدم السواء وقد تطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنده في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي سبب منطقي لذلك .

ويرى شيفر ( ١٩٨٩ ، ص ٤٠٤ ) أن هناك ثلاثة أشكال رئيسة للتمرد أو العصيان عند الطفل هي :

- ١ - شكل المقاومة السلبية ، حيث يتأخر الطفل في استثاله ، ويتجههم ، ويصبح حزينا ( هادئا ومنسحبا ) أو يشكو ويتلح من أن عليه أن يطيع ، أو أنه يمثل لحرية التعليلات ، ولكن ليس لروح القانون .
  - ٢ - التحدي الظاهر ، لن أفعل ذلك ، حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه .
  - ٣ - غط العصيان الخافد ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما يطلب منه تماماً ، فالطفل الذي يطلب إليه أن يهدأ مثلاً يصرخ بصوتٍ أعلى .
- الأسباب :

إن أسباب العناد كثيرة ومتشابهة خاصة إذا ظهرت في سن ما بعد السادسة من العمر ويمكن ذكر أهم هذه الأسباب فيما يلي :

- ١ - التساهل المفرط في معاملة الطفل ( التدليل الزائد ) بحيث يلبي الوالدان كل طلبات الطفل مهما كانت ، وذلك ظناً منهما بأن ذلك يكون في صالحه وراحته مما ينعكس سلباً على سلوكه وشخصيته ويجعله يلجأ إلى التمرد والعصيان في أي موقف في أثناء تعامله مع الآخرين .
- ٢ - القسوة المفرطة من قبل الوالدين في تعاملها مع الطفل ، وإجباره اتباع نظام معين في المعاملة ، وآداب الطعام ، والتفد المستمر لسلوكه ، وطلب الطاعة القوية منه بغض النظر عن شعوره واحتياجاته في تلك اللحظة .
- ٣ - التذبذب في المعاملة : إذ يلجأ الوالدان إلى القسوة المفرطة حيناً ، وفي حين آخر يتساهلان بشكلٍ مفرط مع الطفل في أثناء ردود الفعل نحو سلوكيات معينة يقوم بها . بالإضافة إلى ذلك فإن عدم اتفان الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل يؤدي إلى تفكك شخصيته واضطرابه وعدم استقراره النفسي ، مما يؤدي به إلى العصيان والتمرد على أوامر الوالدين .
- ٤ - إهمال الوالدين لدور الأبوة : هناك الكثير من الظروف التي تحيق بالوالدين وتوق قياها بمهمة تربية الأبناء بشكلٍ صحيح . فمطالب العمل الكثيرة

والإشغال الزائد ، بالإضافة إلى النزاع والتشفاق المستمر بينهما والذي قد يؤدي إلى الطلاق ، أو لتشكلات الشخصية التي يتعرض لها أحد الوالدين أو كلاهما قد تؤدي إلى إهمال الطفل مما يؤدي عن ذلك سلوك الرفض والعناد عنده .

٥ - شعور الطفل بعدم الأمن والأمان : يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمن والحب في محيطه الأسري مما يجعله يسلك سلوك الرفض والعناد ، والذي يظهر على شكل رفض للسلطة ، ورفض للنوم ، ورفض لطاعة الوالدين . فالقلق والصراخ المتكرر عند الطفل دليل على ما يعانيه من إحباط . بالإضافة إلى ذلك فإن غياب أحد الأبوين أو كلاهما يؤثر كثيراً بالغاً في شخصية الطفل وحياته الانفعالية . فالطفل يحتاج إلى والدين يشبعان حاجته إلى الأمن والمساعدة . كما أن الطفل الذي يحرم من والده في الصغر ( بسبب الوفاة أو الطلاق ) لا يجد من يتحد معه ويعرفه على الحياة والعالم المحيط به . كما أن غياب أحد الوالدين لفترة طويلة يؤثر في النمو النفسي والاجتماعي للطفل ، وقد يفسر الطفل هذا الغياب الطويل دليلاً على عدم الحب له ، مما يجعله يلجأ إلى العناد والمشاكسة أو الانكوص إلى سلوك قديم ( تبول ، قضم أظافر ... ) .

٦ - تفضيل الوالدين أحد الأبناء دون الآخرين مما يدفع بالطفل النبذ أو المهمل إلى اللجوء إلى سلوك انتقامي ضد الوالدين أو قد يلجأ إلى سلوك يعتدل فيه انتباه الوالدين والمحيطين وذلك من خلال العناد والمصيان لأوامر ومتطلبات الوالدين .

٧ - معاملة الطفل لأحد أبويه : فالمعاملة الأبوين نحو السلطة والقانون تؤثر في المعاملة الأبناء ، فإذا أظهر الأبوان القليل من الاحترام للسلطة والنظام والقانون فإن ذلك يؤدي بأطفالهم إلى عدم احترام الراشدين وسلطتهم والعكس صحيح .

٨ - يلعب ذكاء الطفل دوراً أساسياً في التمرد والمصيان ، فإذا كان الطفل قليل الذكاء مال إلى عدم الطاعة والمصيان ، حيث أنه لا يستطيع بسهولة توقع نتائج تصرفاته بعكس الطفل الذكي الذي يمكنه أن يتوقع بسهولة نتائج تصرفاته ، ويميل إلى تأجيل إشباعاته الفورية في سبيل تحقيق أهداف أجلة .

## الوقاية والعلاج :

إن أهم طرق الوقاية والعلاج في عناد أو عصيان الأطفال يكون بما يلي :

أ - الاعتدال في المعاملة : وهذا يعني بأن تكون مطالب الأبناء من الطفل معقولة وإمكان الطفل تنفيذها . فكلما استجاب الوالدان لمطالب الطفل أكثر يكون بالإمكان توقع الاستجابة الإيجابية ( الطاعة ) من قبل الطفل ، إذ كلما كان الأبناء أكثر حساسية وإيجابية في تلبية حاجات الطفل كلما كان الطفل أكثر طاعة . أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل ، عندها يمكن للوالدين أن يشيروا بمباراتٍ معينة إلى الأثر المزعج لسلوك العصيان ومشاعرها نحو ذلك .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من إعطاء الطفل فرصة لإبداء رأيه عند وضع القوانين كلها أمكن ذلك ، مما يجعل الطفل أكثر ميلاً إلى الطاعة والابتعاد عن التمرد . كما يجب أن نتوقع عدم الطاعة القوية من الطفل دائماً ، ولهذا يمكن أن يُعطى تحليماً مسبقاً ( لمدة ٥ دقائق ) قبل تنفيذ ما يطلب منه . كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الضيق ومساعدته في ذلك مثل : « أنا أكره تنظيف الغرفة » وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف وإنما عبارة تعبر عما يشعر به فقط .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تجنب الإفراط في القسوة في العقاب ( كالضرب على الوجه أو الظهر... إلخ ) لأن ذلك يقود إلى العناد وإظهار غضب الطفل وانزعاجه ، ومن المحتمل أن ينغمس ذلك من شخصية فرفض العقاب القاسي ولعابيه الخلقية .

ب - الثبات في المعاملة : يجب ألا يكون هناك تذبذب في معاملة الطفل ، مرة تساهل معه في فرض القواعد ، ومرة نتشدد معه . ولذلك لا بد من أن يتم احترام القواعد التي تضعها من قبل الطفل وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والنادرة جداً . ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يبدئها ، ويجب تنفيذ الجزاء معه بهدوء والابتعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى التصرف وذلك لتعطي الطفل انطباعاً بأنك إيجابي نحوه وأنت واثق من أنه سيتبع تعليماتك .



ج - العمل على توفير الأمن والأمان للطفل : في جو أسري منعم بالحبة والخنان والثقة والعمل على احترام شخصيته ، وتأكيد ذاته ، وعدم مقارنته بالأطفال الآخرين ، وعدم التشكي من الطفل أمام الآخرين حتى لا يشعر بالقوة والسيطرة على الوالدين ولقدرة على التحكم فيها مما يزيد في العناد .

فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن ، وبمزيد من الحبة ، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة . فالطريقة التي يشعر بها الأطفال نحوه تحدد طريقة تفكيرهم في الاستجابة للنظام الذي يفرضه ، كما أنه كلما زاد حب الطفل لنا ، كان تقبله لتوجيهاتنا أفضل ، فالعلاقة الوثيقة مع الطفل كهيئة تجلب سلوك المحبة والثقة .

د - عدم التمييز في معاملة الأطفال لأي سبب كان لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالغيرة ويؤدي إلى التمرد والعصيان .

هـ - توفير القدوة المناسبة : فالأب الذي يحترم قواعد المرور ، ويتحدث عن رجل الأمن بشكل جيد ، فمن المرجح أن يكون الأطفال أكثر امتثالاً للسلطة والطاعة من سلوك التمرد والعصيان .

و - الثواب والعقاب : لا بد من انتباه على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك . كما أن الجزاء الذي لسلوك الطاعة يكون فعالاً عند الأطفال من عمر ١٢ سنة وما دون ذلك (مثل مشاهدة التلفزيون ، أو قطعة حلوى ... إلخ) .

وفي أحيان أخرى لا بد من فرض جزاء أو عقاب على الطفل في كل مرة لا يمثل للطاعة ويميل إلى العناد والعصيان . فالطفل الذي يتأخر مثلاً عن الحضور في الموعد المناسب إلى المنزل يفرض عليه عقوبة عدم مغادرة المنزل مساء ليلة واحدة إذا كان التأخير ١٥ دقيقة وإذا كان التأخير ٣٠ دقيقة يُعزَّم ليلتين من مغادرة المنزل مساء . ومن الممكن أن ينذر الطفل بعقوبة العزل إذا لم يتقيد بالتعليمات واستمر في ذلك .

ز - تجاهل السلوك غير المرغوب فيه : من الأفضل تجاهل سلوك التمرد والعصيان في الحالات البسيطة دون الدخول في مجادلات مع الطفل ، لأن الاهتمام بالسلوك السليبي عند الطفل قد يؤدي إلى تعزيره . وفي الوقت الذي نؤكد فيه

على ضرورة تجاهل سلوك عدم الطاعة تجاهلاً تاماً ، تؤكد على ضرورة إبداء الإهتمام الكلي لسلوك الطاعة ، فقد وُجد أن مثل هذا التحول في انتباه الأبوين فعال في خفض سلوك المعارضة بشكل ظاهر عند الطفل في سن ما قبل المدرسة . كما وُجد أيضاً أن إحدى الأمهات عندما قامت بالثناء على سلوك الطاعة عند طفلتها البالغة من العمر سبع سنوات وتجاهلت في الوقت نفسه سلوك المجادلة والصراخ والعصيان عند طفلتها ، وجدت أن السلوك غير المرغوب فيه قد انخفض بشكل واضح خلال عشرة أيام ، ( شيفر ، ١٩٨٩ ) .

ح - ضرورة التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة في التخلص من سلوك التمرد أو العصيان عند الطفل . فمعرفة كل من الوالدين والمربين في الروضة والمدرسة بحقائق نمو الطفل ، وحقيقة ظهور العناد في مراحل نمو معينة عند الطفل كفيل بوضع برامج وقائية وعلاجية للتخلص من هذا السلوك اللاإجتماعي عند الطفل .

#### رابعاً : العدوان Aggression :

##### مفهوم العدوان ومظاهره :

يُعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضاً عابداً ، حيث نلاحظه بكثرة على شكل غضب وصراخ ومشاجرات تُعبر عن حاجة الطفل إلى حماية أمه أو سعادته أو فرديته ، أو تعبير عن محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل تحقيق رغباته . ولهذا يُعتبر العدوان ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي ، ويساعد على نمو الذات والاستقلالية . وبناء على ذلك يمكن تعريف العدوان بأنه ذلك السلوك الهجومي الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالناس أو بالذات أو بالملكات .

ويرى جيمس دريفر J. Drevier أن العدوان « يعني الهجوم على الآخرين والذي يرجع في الغالب وليس دائماً إلى المعارضة » ( عيسوي ، ١٩٩٠ ، ص ٤٨ ) . ويرى دولارد وآخرون Dollard et.al ( ١٩٣٩ ) بأن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يكون الهدف منه إيذاء شخص آخر . وهذا الهدف كما يرى فشبك Feshback ( ١٩٦٤ ) يشكل الجانب الجوهري والأساسي

من جوانب تعريف العدوان .

ولكن أحياناً قد لا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو الهدف الأساسي ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد هي الحصول على اعتراف الآخرين بمن لهم أهمية خاصة عنده .

ولهذا يرى فشبك أن هذا السلوك يوصف بأنه عدوان وسيل *Instrumental Aggression* . في حين يُعرف ميرز *Marz* ( في *Dunn* ، ١٩٧٢ ) العدوان بأنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الأذى بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر . والأذى الذي يمكن أن يلحق بالشخص قد يكون نفسياً ( إهانة ، خفض الاعتبار ... ) أو جسدياً . أما رفاعي ( ١٩٨٨ ، ص ٢٢١ ) فيعرف العدوان بأنه « السلوك المجهوم المتطوي على الإكراه والإيذاء » .

ولهذا بناء على ما تقدم نُعرف العدوان على أنه سلوك موجه ضد الآخرين ، يكون القصد منه إيذاء الآخرين بشكل مباشر أو غير مباشر .

فالعدوان المباشر يمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مشاجرات ، وضرب بعضهم البعض ، وإيذاء في الكلام ، وإيذاء الحيوانات ، وتهديد بعضهم بعض ... إلخ . أما العدوان غير المباشر فيكون كائناً وغالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكى ، حيث يتصفون بحجهم للشعارسة وإيذاء الآخرين بسخرتهم منهم ، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً . ويرى جوث *Goth* ( ١٩٨٤ ) أن السلوك العدواني المباشر والسلوك العدواني غير المباشر يمكن أن يحدث كل منهما على حدة ، كما يمكن أن يحدث معاً على شكل وحدة .

ويرى شيلر ( ١٩٨٩ ) أن الطفل الذي يكثر عدوانه ويكون هذا العدوان شديداً لديه ميل إلى أن يكون قهرياً ، ومتعجباً ، وغير ناضج ، وضعيف التعبير عن مشاعره . كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات ، ويهدد صعوبة في تقبل النقد أو الإحباط ، كما أن الأطفال الأقل ذكاء أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأكثر ذكاء .

هذا وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً ونادراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين ، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي تليق إلى الانتهاء بسلوكه العدواني الذي يلجأ

من خلاله الشحنات الانفعالية التي يُعاني منها ، هذا ويظهر العدوان عند الذكور أكثر من الإناث .

والعدوان عند الأطفال يتناقص ويخف مع التقدم في العمر حيث يميل الأطفال في عمر ٣ - ٧ سنوات إلى ضبط عدوانهم . فالطفل في عمر سنتين مثلاً يُعبر عن عدوانه تجاه الآخرين بالضرب ، أما طفل الأربع سنوات فيميل إلى المجادلة مع الآخرين لبعض الوقت ، وفي عمر ٨ - ٩ سنوات يصبح الطفل منضبطاً بشكل أكبر ، مع أن المشاجرات لا تنتهي في هذا العمر إلا أنها تكون مؤقتة .

ويرى شيفر ( ١٩٨٩ ) وشيخ حود ( ١٩٩٤ ) أن السلوك العدواني إذا استمر لفترة طويلة ، وكان العدوان شديداً وغير مناسب للموقف الذي أثاره ، فلا بد حينئذ أن يأخذ الآباء والمربون هذا العدوان على محمل الجد ، وأن يستخدموا إجراءات سريعة وفعالة لكبح هذا العدوان .

وتشير بعض الإحصاءات إلى أن حوالي ١٠ ٪ من الأطفال في عمر عشر سنوات لديهم عدوانية زائدة بشكل ملحوظ ( Robinson, 1966; in Schaffer, 1989 ) .

## أسباب العدوان :

تعددت النظريات التي تُفسر العدوان عند الأطفال .

- فهناك النظرية التي تفسر العدوان من خلال إحيات الحيلة اليومية ، إذ أن إحاقّة إشباع الرغبات البيولوجية والحاجات الغريزية عند الطفل يثير لديه الشعور بالإحباط ويؤدي إلى سلوك عدواني مثل تحطيم الأولي واللعب ... .

كما أن معظم مشاجرات أطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات ( أحد الأطفال يحاول أخذ لعبة طفل آخر ) ، ولكن هذه المشاجرات تقل مع تقدم الطفل في العمر . فالشعور بالضيّق قد يكون من أسباب الشعور بالإحباط .

فكل من يُعامل الطفل بقسوة لا يلتفت إلى ما يمكن أن يجذبه من إحباط ، كما أن كل عملٍ من أعمال القسوة والذي يقصد منه منع الطفل من البكاء أو

القضاء على سلوك يضائق الكبار يؤدي إلى إحباط ويظهر على شكل عدوان عند العقل .

- أما نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعماء « فرويد » فتري أن غريزة الموت عند الإنسان تقصرها نزعة الكراهية ، وعندما تجد هذه النزعة الطريق إلى التعبير ، يسيطر العنف على الإنسان .

أما أدلر أحد تلامذة فرويد والتشقيين عته فيرى أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص .

- في حين أن نظرية التقليد أو المحاكاة ترى أن العدوان يُتعلم عن طريق تقليد الكبار . ويرى سكوت Scott أن العدوان كأي استجابة أخرى سلوك متعلم . حيث يؤكد أن العدوان في حالة ظهوره يجب ألا يلجأ إلى كبحه ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها، ولكن يجب توجيه العدوان إلى مسالك مقبولة ولهذا تعتبر بعض مظاهر العدوان من هذه الناحية ضرورة لإحداث التوازن في الشخصية .

كما يمكن أن يزيد احتمال تعلم العدوان عندما يكافأ الأطفال لقباحهم بصرفاتٍ عدوانية وذلك عندما يحصلون على ما يريدون أو يجذبون انتباه الراشدين في محيطهم . وتؤكد الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار عن العدوان من خبراتهم في أسرة معينة وثقافة معينة ، وبما أنهم يتعلمون باستمرار قنطرة تلعب دوراً في الارتقاء بالعدوان أو منعه . فالأميريكيون يعلمون أولادهم العدوان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، وذلك لأنهم يبدون العدوان ، حيث أن الأطفال يتعلمون فنون القتال في بعض الحالات ، وهناك أيضاً الألعاب العدوانية التي تُظهر أن إيذاء الآخرين أمر مقبول ومستحب . بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء يشجعون الأبناء على العدوان حيث أن انتصار الطفل في الشاجرة يُقابل بالمواقفة أو يكافأ .

كما أن الآباء الذين يربون أولادهم باستخدام الضرب أو العتاب البدني ، يشجعون أولادهم على استخدام الوسيلة نفسها إذا واجهتهم مشكلة شخصية وهذا هو نموذج للتعلم بالملاحظة ، فالآباء يعتبرون نماذج قوية يقلدها الأبناء . وتؤكد الأبحاث هذه الفكرة ، حيث وُجد أن الآباء العدوانيين هم أبناء عدوانيون .

كما أن الأطفال الذين يميلون إلى القسوة غالباً ما يأتون من أسر تميل إلى القسوة واستخدام النظام الصارم في المعاملة .

ولا ننسى التأثير السلبي لبرامج العنف في التلفزيون على الأطفال ، حيث يُجمع علماء النفس على أن الأطفال يتعلمون العنف والعنوان من خلال التأثير بالتمثيل المروى في التلفزيون ( في برامج الكرتون مثلاً ) . فالطفل عندما يُشاهد مناظر العنف والعنوان فإنه يميل إلى إظهار الألم سواء عن طريق الجهاز العصبي أو من خلال تعبيرات الوجه .

ومعنى هذا أن هناك تنبهاً معيناً يشير إلى مشاركة الطفل انفعالياً لما يحدث وتأثيره لذلك ، والأطفال الذين يداومون على هذه المشاهد تتبدل المشاعر الانفعالية لديهم ولا تعود تؤثر فيهم كثيراً ويحتاجون إلى مزيد من مشاهد العنف وبالتالي قد يمارسونه في سلوكهم مع الآخرين .

ـ وتؤكد النظرية البيولوجية على أن العنوان عند الأطفال ينتج من جراء عوامل جسمية مثل التعب أو الجوع أو الحذر من نشاطهم وحركتهم ، أو وجود الألم جسمية لديهم ، أو في حالة تؤثر الجهاز العصبي عندهم .

كما وجد أن اضطراب الصغيات مثل حالات ( xxy ) عند الأفراد قد تثير العنوان عندهم . بالإضافة إلى ما أكتله الدراسات بأن هناك علاقة بين العرع والعنوان ( عمارة ، ١٩٨٦ ) .

ويرى كينيث موير Kenneth Moyer ( ١٩٧٨ ) أن هناك عدة أجهزة عصبية في المخ تتحكم في نوعيات معينة من العنوان ، وأن هذه الأجهزة تعمل عندما تصل إلى عتبة معينة . فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تنشط لا إرادياً وتشعر الحيوانات بالقلق وربما بالعناء إلا أن الانقراض لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب .

كما يمكن أيضاً لأجهزة المخ التي لها دور في العنوان أن تكثف من دور الدوائر العصبية المسيطرة على العنوان في أداء وظيفتها ويمكن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها . فمثلاً عندما قام علماء النفس بإثارة الجزء الجانبي من الحيوان لامرس لفظة ، قام الحيوان بمهاجمة القار ولكن بطريقة غلطية ( دافيدوف ، ١٩٨٠ ) .

- بالإضافة إلى ذلك فإن الصراعات النفسية والانفعالات للكبوة عند الأطفال تدفعهم إلى العدوان . فقد وجد سيرز Sears أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان ، كما وجد أيضاً أن العدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنبذ .

وقد درست الدراسات أيضاً أن العدوان لا ينجم في كل الحالات عن رغبات وميول طبيعية لدى الطفل وإنما يكون في الكثير منها عائداً إلى لزمات نفسية كالغيرة أو الغضب أو الحرمان من الحنان . ففي حالة فتاة في سن الثالثة بلغت بها الغيرة من أخيها الذي تعلم عزف الموسيقى إلى الحد الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو . فالحرمان من عطف الآباء وحبهم يجعل الأطفال أكثر من غيرهم ميلاً إلى العدوان في كل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب .

لعلاقة الآباء بأبنائهم علاقة هامة وحساسة ، حيث يشعر الطفل بحب والديه ، ويرى فيهما مصدراً لإشباع حاجته من حب وحنان ودفء عاطفي ، وحماية وأمن ، ولكثيرها في الوقت نفسه مصدر للسلطة ، ولهذا يشعر الطفل بصراع بين شعوره بالحب لوالديه وكراهيته للسلطة الصادرة عنها ( عيسوي ، ١٩٩٠ ) .

- يحدث العدوان عند الطفل عندما يحدث تغير جوهري في حياته مثل مرحلة الفطام ، ومرحلة اللعاب إلى المدرسة ، ومرحلة الانتقال من العقولة إلى المراهقة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى .

- كما يلجأ الطفل إلى العدوان على بعض ما تقع عليه يده بسبب حب الاستطلاع والرغبة في اكتشاف بعض الأمور الغامضة بالنسبة إليه ، فقد يُنسر الطفل دمية ثمينة ليعرف ما بداخلها مثلاً ، وقد يضرب القطة الأمية ليسمع مواءها ... إلخ .

- كثرة الشجار بين الوالدين مما يؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بمن حوله مما ينعكس على شخصيته وفي ضعف قدرته على السيطرة على المشاكل والصعوبات التي تواجهه .

## طرق الوقاية والعلاج :

للعنوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء .

فالعنوان يُسبب للطفل فقراً في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية بالإضافة إلى ما يجره من اضطرابات جسمية ونفسية . ولهذا لا بد من البحث عن طرق الوقاية من العنوان قبل وقوعه ومعالجته في حالة حدوثه عند الطفل ، فالعنوان عند الطفل جنير بالمرحلة النفسية والتربوية الحديثة .

ويمكن ذكر أهم طرق الوقاية والعلاج من العنوان كالتالي :

— ضرورة الاعتدال في تنشئة الطفل :

ولهذا على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العنوان والغضب الشديد عندما يخطئ الطفل ، بل لا بد من التحكم في هذا الغضب وكبحه قدر الإمكان . فالطفل يقلد والديه والكبار من حوله ، إذ أن الكثير من الآباء يفتضون ويثيرون لأسباب بسيطة في الحياة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الأبناء . فقد بينت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يقبلون الأبناء ، ولا يمنحهم العطف والقبول ، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سلوك أبنائهم . ولكن يجب ألا يعني ذلك أن نستسلم لمطالبات الطفل ونسرف في تدليله ، وإعطائه قدرأ من الحرية أكثر من اللازم . ولهذا يرى (فيرجيلد Fairchild ١٩٧٧ ، ليفكوفيتس Lefkowitz ١٩٧٧ ، وسيرز Sears ١٩٥٣ في شيفر ، ١٩٨٩ ) أن استمرار للزوج بين ضعف العطف الوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان والتعرد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل .

— لا بد من شعور الطفل بالراحة النفسية والجو الأمن في المنزل والمدرسة :

فالطفل الذي يعيش خبرات سارة مريحة يميل إلى أن يعكس معادته على الآخرين من خلال سلوكه معهم . كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يُبعد الطفل عن العدوان ويُقلل



منه في حالة وجوده . فالشعور بعدم الأمان والخوف والإحباط يمكن أن يؤدي إلى العدوان الذي يتجه إلى مصدر الصراع أو قد ينصرف إلى شخص آخر لا علاقة له بذلك .

#### — تعزيز الطفل لتحمل الإحباط :

ولهذا لا بد من إبعاد الطفل عن الخبرات التي توقعه في القشل والإحباط ، وتكليفه بأعمال فوق طاقته ، بالإضافة إلى توفير فرص النجاح له ما أمكن إذ أن النجاح في القيام بالأعمال والمهام الموكلة إليه تعزز من ثقته بنفسه وتبعد عنه مشاعر الغضب والإحباط والتي تؤدي إلى العدوان . ولكن في حالة ظهور العدوان عند الطفل فيجب عدم كبته ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها ، ولكن يجب توجيهه إلى مسالك مشيئة .

#### — حل الأسرة توفير النشاط الحركية المنظمة للطفل :

فالطفل لديه طاقة زائدة وبحاجة إلى الحركة والتدريب الجسمي من خلال الألعاب والتمارين والتي تعود عليه بالضع وتنتج طاقته الزائدة ، وساعده على تنمية قدرته على الحلق والإبداع . فاللعب عند الطفل يفرغ الانفعالات الموجودة لديه ، بالإضافة إلى أن الرياضة التنافسية ( كرة القدم ) تساعد على تصريف التزعات العدوانية التنافسية بشكل مقبول اجتماعياً .

#### — دراسة الأسباب المؤدية إلى العدوان :

لا بد للأباء والمربين من دراسة حالة الطفل جيداً للكشف عن الأسباب المؤدية إلى العدوان للعمل على تجنبها أو علاجها بما يتفق وشخصية الطفل وظروفه وقدراته ، حيث أن طبيعة العقل هي التي تفرض عليه نوعاً خاصاً من الانفعال والاستجابة للمواقف المختلفة ، فما يثير انفعال طفل قد لا يثير انفعال طفل آخر . كما يجب البحث عن الحاجات غير المشبعة عند الطفل والعمل على إشباعها فقد تكون هذه الحاجات هي التي أثارت العدوان عنده .

#### — الابتعاد عن العقاب الجسدي ما أمكن :

فقد يلجأ المربون والآباء إلى اتباع نظم قس ، والالتزام بقواعد معينة لا يفهمها الطفل ولا يستطيع تنفيذها مما يعرضه للقشل ، ويلجأ حينها الآباء والمربون إلى استخدام أساليب القسوة لإرغامه على اتباع هذه القواعد .

فالعقاب الجسدي الذي يسلكه الآباء بكثرة مع الطفل قد يؤدي إلى تبدل المشاعر الانفعالية لديه ، كما أنه قد يآلف هذه العقوبة ولا تعود تجدي معه كثيراً ، مما يجعل هذه العقوبة عقيمة .

ولهذا لا بد من الإقلاع عن هذه العقوبات الجسدية مع الطفل ومعاملته بالعدل والسواة والتوجيه والنصح ، وعدم اللجوء إلى تصيد أخطائه مما يجعله يسلك طرقاً ملتوية للحصول على مطالبه أو في التعبير عن غضبه .

كما يجب هنا على الأخصائي الاجتماعي أو النفسي في المدرسة أن يتعاون مع المدرس ومع الآباء لمواجهة السلوك العدواني الذي يظهر عند الطفل .

— التقليل مما يمكن من التعرض لتهاج عدوانية :

تشير الدراسات ( شيفر ، ١٩٨٩ ) أن الأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية يميلون إلى أن يتصرفوا بعدوانية أكثر . فالتلفزيون وما يقدمه من مشاهد عنيفة يؤدي إلى تقليد الطفل لهذه المشاهد والتهاج .

والجدير ذكره أن الأطفال في أمريكا يقضون ساعات أمام شاشة التلفزيون أكثر مما يقضون في أي نشاط آخر . فالفلام الكرتون التي تعرض في يوم السبت مثلاً تحتوي على ٢١,٥ عملاً عدوانياً في كل ساعة . ولهذا فإن مشاهدة القتل والتزاع من خلال التلفزيون يؤدي إلى إيقاف الأحاسيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيها بعد ، خاصة إذا كان ما تعرض من تهاج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط .

— تعزيز السلوك المرغوب فيه :

لا بد من إظهار الرضا وامتداح الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم . ولا مانع من أن نمزج المديح مع للكتابة المأدبة إذا تكرر سلوكه غير العدواني مع الآخرين .

— التجاهل المتعمد للسلوك العدواني :

يجب أن يُصاحب تعزيز السلوك المرغوب عند الطفل بتجاهل تصرفاته العدوانية شريطة ألا يترتب عليها تهديد جدي لسلامة الآخرين . كما يجب عدم

عجالة الطفل أو توبيخه أو معاقبته بسبب سلوكه العدواني ، بل لابد من تجاهل هذا السلوك . وتشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يخلصوا استجابات العدوان اللفظية والجسمية عند الأطفال بشكل واضح عن طريق التعامل المنظم للتصرفات العدوانية؛ وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاوني عندهم والعمل على امتناعه ( شيفر ، ١٩٨٩ ) .



## الفصل الثامن :

### المشكلات الدراسية عند الأطفال

- أولاً : مشكلة التأخر الدراسي .
- ثانياً : ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي .
- ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً .



## الفصل الثامن

### المشكلات الدراسية عند الأطفال

يُقصد بالمشكلات الدراسية تلك المشكلات التي تتعلق بتحصيل التلاميذ في المواد الدراسية. وسوف نستعرض فيما يلي أهم هذه المشكلات التي تواجهها المدرسة عند التلاميذ .

#### أولاً : مشكلة التأخر الدراسي :

##### مفهوم التأخر الدراسي ومظاهره :

لعبت مشكلة التأخر الدراسي اهتماماً علمياً واسعاً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين . ففي سنة ١٩٠٤ طلبت السلطات التربوية الفرنسية من عالم النفس ألفرد بينيه Binet دراسة مشكلة التأخر الدراسي عند تلاميذ المدارس ، وبعد ذلك تالت الدراسات المتعلقة بهذه المشكلة .

والتأخر الدراسي مشكلة يُعاني منها التلاميذ والآباء والمدرسون في آن واحد . فهي من المشكلات التربوية والاجتماعية والنفسية تؤدي إلى إحاقه نمو التلميذ نفسياً واجتماعياً وتربوياً . كما تمثل هدراً في الطاقة البشرية ، حيث تستغل نسبة كبيرة من هذه الطاقة والتي يكون المجتمع في أمس الحاجة إليها .

والتأخر الدراسي مشكلة أساسية وهامة في مرحلة التعليم الابتدائي ، لأن هذه المرحلة تستوعب معظم الأطفال الذين هم في حوالى سن السادسة ومن بينهم نجد ما لا يقل عن ٢,٣٪ متخلفين دراسياً .

هذا وقد عرّف التأخر الدراسي تعريفات عديدة . ففي قاموس علم النفس الألماني Lexikon der Psychologie ( ١٩٨٠ ، ص ٢٠١٠ ) عرّف التأخر

الدراسي بأنه « ضرر كثير أو قليل في نمو شخصية التلميذ عند تحقيقه لمتطلبات الحطة الدراسية ، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية وخاصة التشجيع القوي » . في حين أن زهران وبرادة ( ١٩٧٤ ) قد عرفا التأخر الدراسي بأنه حالة تخلف أو تأخر أو نقص في التحصيل لأسباب عقلية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط بأكثر من التحاقين معياريين سالبين . بهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران ، أي أنه تأخر مؤقت يعود إلى أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية .

من هذا المنطلق يمكن أن نعرف التأخر الدراسي بأنه مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط ، بحيث يكون هذا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية الحقيقية ، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر ، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً ، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية .

فالتأخر الدراسي قد يكون عاماً في جميع المواد الدراسية ، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلميذ وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حدٍ يتراوح بين ٧٠ - ٨٥ ٪. كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة ( مثل الحساب ، أو الإملاء ... ) حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة . ويمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المعادلة التالية :

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

فعدما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني فهذا يعني أن هناك تأخراً دراسياً .

### • أسباب التأخر الدراسي :

يعود التخلف الدراسي إلى عددٍ من الأسباب المتداخلة بعضها يتصل بالشخصية، والآخر يتصل بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، والثالث يرتبط



بالعوامل التربوية . وفيما يلي ستحدث عن هذه الأسباب بشيء من التفصيل :

#### ١ - الأسباب الشخصية :

إن هذه الأسباب ترتبط بالتلميذ المتأخر دراسياً من حيث مستوى ذكائه وصحته الجسمية العامة ، ومدى صحة حواسه .

أ - مستوى الذكاء : أكدت العديد من البحوث ( Prunker ( ١٩٦٠ ) ، ( Smith ( ١٩٥٧ ) ، ( Cambbell ( ١٩٥٧ ) أن المتخلفين دراسياً يتراوح ذكاؤهم بين النقص أو الغباء الشديد والضعف العقلي . ويرتبط بذلك ضعف الذاكرة ، وتقص القدرة اللغوية ، وضعف الانتباه ، والتركيز وضعف القدرة على التفكير الاستنتاجي ، وصعوبة التفكير المجرد ، وضعف القدرة على حل المشكلات ، ومسطحية الإدراك ، وتقص الميل العلمي ( انظر منصور ، ١٩٨١ ) . وهذا ما أكدته دراسة يرادة وزهران ( ١٩٧٤ ) حيث وجد أن ٧٨ ٪ من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط . فانخفاض الذكاء يعتبر من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ . وهذا لا يعني أن التأخر الدراسي غير موجود عند من ينتمون بذكاء متوسط أو أعلى ، فقد يوجد التأخر الدراسي عند هؤلاء ونعزوه إلى عوامل اجتماعية أو تربوية .

ب - الصحة الجسمية : هناك علاقة بين النمو الجسمي للفتى وبين التأخر الدراسي . فقد بينت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والتطوريين ( حسين ، ١٩٨٦ ) . كما أن الضعف العام وقلة الحيوية ، وقلة النشاط الجسمي العام تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً . وهذه الخصائص تعوق التلميذ عن الانتظام في دراسته ، وتعرضه للإجهاد السريع ، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها : الأمراض الداخلية ، والأمراض الصدرية ، وأمراض القلب ، وأمراض الغدد ، وأمراض العيون وغير ذلك من أمراض .

ج - الضعف في الحواس : يلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسياً ضعف في حاسة أو أكثره وكذلك عيوب في السمع والبصيرة في الكلام . وهذا ما أكدته دراسة يرادة وزهران ( ١٩٧٤ ) ، فقد وجد أن ٧ ٪ من أفراد عينة

المختلفين دراسياً يُعانون من عيوب في السمع ( ضعف في السمع ) ، وأن ٦ ٪ يُعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللثغة واللججة ، والبطء الواضح في الكلام .

د- الحالة الانفعالية : يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي ، حيث نجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو للتبلدة . كما يُعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والتقص والغيرة والليل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة .

كما أنهم يُعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة ، وشرود في الذهن وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة . كما تظهر عندهم ثورات انفعالية حادة ، ويُعانون من الأحلام المخيفة . كما تتميز اتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو المدرسة ونحو المجتمع بالسلبية وذلك بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المنزل مما ينعكس على عدم تقبلهم لذواتهم وللآخرين ، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويُقلل من دافعيته نحو الدراسة .

## ٢ - الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

إن اضطراب العلاقات بين الطفل والديه أو بينه وبين أخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل . بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل وما يسودها من تسلط وقسوة ونبد أو حماية زائفة وإسراف في التذليل من شأنه أيضاً أن لا يبيح المناخ المناسب للدراسة . كما أن اتجاهات الوالدين السلبية نحو الدراسة والمدرسة ، وعدم اهتمامهم بالتعليم من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرضية نحو المدرسة والدراسة . كما أن التفكك الأسري ، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة .

كما أن انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية ، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وبيئة الطفل لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي . فقد أثبتت دراسة سلطان وآخرين ( ١٩٧٤ ) أن أسر

المثقفون دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراسياً .

وتؤكد الدراسات ( ديسيكو Dececco ، ١٩٧٠ ، لوسر Loser ١٩٧٣ ) أن هناك علاقة ذات دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة ، وضيق للسكن ، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة ( انظر منصور ، ١٩٨١ ) .

وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذاً اقترن بعدم التوجه السليم وعدم الاكتراث بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين واعتبار الدراسة والتحصيل أمراً ثانوياً وأنها ليست أساسية في الحراك الاجتماعي والاقتصادي بعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي .

كما أثبتت دراسة سكلطان وآخرين ( ١٩٧٤ ) أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلميذ في المدرسة ، حيث أن نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراسياً أعلى منها بين آباء المثقفين دراسياً .

كما أن البيئة المدرسية ( بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وإدارة وزملاء داخل المدرسة ) تشكل أحد العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إذاً كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة .

### ٣ - الأسباب التربوية :

يراجع التلاميذ المتأخرون دراسياً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط نتائج تفوق مستواهم العقلي ، إذ أن النتائج المدرسية توضع للطلاب الوسيط أو فوق الوسيط من حيث المستوى العقلي . وقد أثبتت الدراسات أن العمر العقلي للتلاميذ المتأخرين دراسياً يتوقف نموّه غالباً في حوالى الثالثة عشرة والنصف ، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ المتأخر دراسياً في استيعاب المنهج الدراسي .

وفي الغالب يكون تحصيل التلميذ المتأخر دراسياً أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة . حيث أن مثل هؤلاء التلاميذ ينجحون عن إدراك المجرى والاحتفاظ بالجانب والحقبات المتعلمة

لفترة طويلة بسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة .

وقد بينت دراسة منصور ( ١٩٧٩ ) في البيئة السعودية أنَّ ٧٧ ٪ من المتأخرين دراسياً والذين يتغيبون عن المدرسة يكون سبب تعييبهم المرضي بنسبة ٧٧ ٪ ، وبسبب عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة ١٣ ٪ ، والخوف من أحد المدرسين ٥ ٪ ، وأسباب أخرى ٥ ٪ .

كما بينت الدراسة نفسها أنَّ ٥٩ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للمدرسة ، وأنَّ ٩٩ ٪ ممن يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقاربهم ، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباههم عندما يذاكرون بشكل جماعي ، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفسها يشاهدون التلفزيون أو يستمعون إلى الراديو ... إلخ .

بالإضافة إلى ذلك فإنَّ ضعف التلميذ الدراسي في مادة أو أكثر يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها . كما أنَّ كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً واضحاً بكرهيتهم لمدرسي هذه المادة .

زد على ذلك فإنَّ استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه مما يتعكس مباشرة سلباً على تحصيله الدراسي . وهذا ما أكدته دراسة منصور ( ١٩٧٩ ) حيث وجد أنَّ ١٦ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً يعانون من ميل إلى الانطواء ، و ١٩ ٪ كثيرو الشجار ، و ١٠ ٪ يقومون بتغيير محتويات الفصل ، و ٣٠ ٪ لديهم شعور بالنقص ، و ٨ ٪ كثيرو السرحان ( الشرود الذهني ) .

### طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي :

إنَّ القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أنَّ الوقاية خير من العلاج ، ولكنه في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال ( تلاميذ المدارس ) فلا بدَّ من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتقليص التأخير منها بكل السبل والوسائل المتوفرة . وأهم طرق الوقاية والعلاج ما يلي :

— ضرورة العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة .

— الاهتمام بتنمية حواس التلاميذ ، وعلاج كل قصور يظهر عندهم في هذه الحواس ، وأن يتم مراعاة توزيع التلاميذ داخل القصول بما يتفق وحالة الحواس عندهم ( حالة حاستي السمع والبصر ) بحيث يوضع الأطفال ذوي السمع الخفيف في المقاعد الأمامية وكذلك من يعانون من اضطرابات بصرية .

— ضرورة الكشف المبكر عن الأطفال المعوقين فكرياً وذلك لالتقاء التدابير اللازمة لتنمية قدراتهم العقلية وخاصة القدرة على حل المشكلات .

— تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحصانة ورياض الأطفال وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد ( Baier , 1980 ) .

فالتربية في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل ، وتعوّض عن الحرمان الاجتماعي والتخلف الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم .

— على المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأنشطة المدرسية المتنوعة والمربطة بواقع البيئة والتي تستند إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك للمجرد .

فالتنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطول أمده ، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل ، ويحفز الطفل على النشاط ، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية .

— الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب .

— إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالتأخرين دراسياً تعتمد على التوابع الحسية وشبه الحسية ، ولا تتطلب ذكاءً عالياً . ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة جاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع ومزيد من الدراسة .

— العمل على إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالتأخرين دراسياً ، يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون ، وذلك من خلال استخدام الطرق

الخاصة للمفدرات التي توجد عند المتأخرين دراسياً مع التركيز على الجوانب الحسية .

- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمتأخرين دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها ، مع تهيئة الظروف المناسبة للحصول والدراسة الجيدة تلافاً لحدوث التأخر الدراسي .

- ضرورة اتباع أساليب تربوية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي .

- ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للطفل المليء بالنفخ العاطفي والبعيد عن التوتر والمشاحنات ، مع توجي المسألة في المعاملة بين الأخوة .

- العمل على علاج المشكلات الانفعالية للمصاحبة للتأخر الدراسي ، فقد أوضحت الدراسات أن التوافق بمكوناته المختلفة يلعب دوراً هاماً في التحصيل الدراسي . فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستذكار بالإضافة إلى مفهوم الذات المنخفض عند الأطفال للتأخرين . فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل ( ١٩٨٠ ) ، وقشوقش ومنصور ( ١٩٧٩ ) أن هناك العديد من العوامل اللامعرفية تؤثر بشدة في التحصيل مثل : انخفاض مستوى الطموح ، وقلة الدافعية للإنجاز ، والقلق والعصبية . كما توصلت دراسة كامل ( ١٩٨٩ ) إلى أن انخفاض التوافق الذاتي أو التنزلي ، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً على التحصيل . ولذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم في التحصيل ( كامل ، ١٩٩٣ ، ص ٤٧٠ ) .

- ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسي وتربوي داخل المدرسة ، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرين دراسياً للتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة .

- ضرورة توفير الوقت الكافي للتلميذ المتأخر : ويرى بلوم ( Bloom ١٩٧٤ ) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة اللازمة للتلميذ المتأخر دراسياً مع إثارة الدافعية لديه فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى اللحك المطلوب . ولهذا فإنه بتوفير سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة

الوقت الكافي للتلميذ على أساس مستوى الأداء الذي نتوقعه ونريد تحقيقه فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر . ولهذا فإن منحى الجرس يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليتجهوا نحو المستوى المتوسط ، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع ، أما المرتفعون فيمكنهم باستخدام البرامج الخاصة بهم أن ينتقلوا إلى مستوى التطويق ( كامل ، ١٩٩٣ ) .

## ثانياً : ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي :

### مفهوم الدافعية للإنجاز ومظاهرها :

تُعتبر دافعية الإنجاز أحد الجوانب المهمة في نظام الدوافع الإنسانية ، فهي حالة داخلية تحرك السلوك وتوجهه نحو هدف ما .

وقد عرّف موسى ( ١٩٩٠ ، ص ٥ ) الدافع للإنجاز بأنه « الرغبة في الأداء الجيد ، وتحقيق النجاح ، وهو هدف ذاتي ينشط ويوجه السلوك ويُعتبر من المكونات المهمة والأساسية للنجاح الدراسي » .

ومفهوم دافعية الإنجاز يرتبط بأعمال موراي في كتابه « استكشاف الشخصية » ١٩٣٨ ، إلا أن تحديد معناه يعود إلى العالم سيرز ( ١٩٤٦ ) . غير أن الدراسات المنظمة في هذا المجال قد ارتبطت بأعمال « ماكلياند » و « أوتكنسون » ، ولهذا استناداً إلى أعمال ماكلياند وأوتكنسون يتحدد مفهوم دافعية الإنجاز بأنه « السعي تجاه الوصول إلى مستوى من التفوق أو الامتياز وهذه النزعة تمثل مكوناً أساسياً في دافعية الإنجاز ، وتُعتبر الرغبة في التفوق والامتياز أو الإتيان بشيء ذات مستوى ذاتي ، خاصة مميزة لشخصية الأشخاص ذوي المستوى المرتفع في دافعية الإنجاز » ( تشقوش ، ١٩٧٩ ، ص ٣٤ ) .

ولهذا يُعتبر الدافع للإنجاز أحد الدوافع المهمة التي توجه سلوك التلميذ خلال سنوات دراسته من أجل تحقيق التفوق أو تجنب عدم التفوق ( تحقيق النجاح أو تحقيق الفشل ) ، فهي قوة مهيمنة في حياة التلميذ المدرسية ، حيث أن تفوق المعلمين فهم يقوم أساساً على استمرارهم في تحقيق مستوى مرتفع من الإنجاز . ولهذا فإن التلاميذ الذين تظهر عندهم دافعية عالية للإنجاز والتحصيل والتعلم يحصلون تحصيلاً عالياً حيث يُعتبر هؤلاء الأطفال أن النجاح لا يأتي إلا من خلال

العمل الجاد ، وأن الفشل يأتي من عدم العمل .

كما أن مرتفعي الدافعية للإنجاز يضعون لأنفسهم أهدافاً مرحلية يستطيعون تحقيقها ، حيث أن النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح والمثابرة أكثر مما تؤدي إليه الرغبة في تجنب الفشل . أما ضعف الدافعية للإنجاز فتؤدي إلى الضعف في التحصيل الدراسي وقد تؤدي إلى الفشل . فالتلاميذ الذين لا توجد عندهم دافعية كافية للإنجاز لا يملكون جهداً يتناسب مع إمكاناتهم . وقد بينت الدراسات أن هناك حوالي ١٥ - ٤٠ ٪ من الأطفال تحصيلهم متدنٍ وأن تدني التحصيل هو أكثر ظهوراً عند الأولاد منه عند الإناث (Asbury ١٩٧٤) ، وتدني التحصيل يظهر في سن السادسة ، حيث يبدأ الأطفال بالتنافس في التحصيل مع غيرهم ، وغالباً ما يزداد سوءاً إذا لم تتم معالجته بسرعة .

هذا وقد أظهرت نتائج الدراسات (غشغوش ، ١٩٧٩) أنه كلما زاد التركيب الأسري تسلطية وتقليدية ، انخفض مستوى الدافع للإنجاز بين الأشخاص الذين ينشأون في مثل هذه البيئات . فالإنسان ابن بيئته الاجتماعية يؤثر ويتأثر بها ، مما يجعل للأساليب التي يمارس فيها الضبط ولصايرها أثراً كبيراً في دافعية الإنجاز عند التلاميذ . وقد ذكر لو (Lo ١٩٧٧) أن البيئة والثقافة اللتين يعيش فيها الفرد لها أكبر الأثر في تكوين مصدر الضبط عليه ، مما دعا روتر (Rotter) ، إلى افتراض وجود علاقة بين الدرجة العالية للإنجاز وبين مصدر الضبط الداخلي للفرد ، حيث أن هؤلاء يشعرون بأن لديهم سيطرة وتحكم على بيئتهم ، وأن ما يفعلونه يترتب عليه مكائنتهم داخل الجماعة التي ينتمون إليها ، وأن التعزيزات أو عواقب السلوك من مدح أو ذم ومن تقدير أو عدم تقدير سيها سلوكهم وليس أحد غيرهم بخلاف الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي الذين يتقاعسون عن العمل لأن النتائج بحكومة بعوامل ليس لهم سيطرة عليها وليست مرتبطة على جهودهم مثل الحظ أو القدر الذي تدخل ولعب دوره ليصلوا إلى ما وصلوا إليه .

ولهذا أكملت دراسة مورين (Maureen ١٩٨٣) أن ذوي مصدر الضبط الخارجي يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأعمال التي يكلفون بها بعكس نظرائهم ذوي مصدر الضبط الداخلي والذين أظهروا ارتباطاً جوهرياً مع الإنجاز الأكاديمي (عبد الباسط ، ١٩٩٢) . وبما أن الدافع إلى الإنجاز



مكتسب من البيئة ، لذا تلعب التنشئة الاجتماعية للطفل دوراً أساسياً .  
فبالأساليب التي تدعم الاستقلالية والثقة بالنفس عند التلاميذ تكون دافقيتهم  
للإنجاز عالية بعكس الأساليب التي تقوم على التسلط والقهر والمراقبة الشديدة  
وعدم الثقة ، حيث تقلل من الدافعية للإنجاز عند هؤلاء التلاميذ الذين  
يتعرضون لمثل هذه الأساليب القهرية .

وهذا ما أكدته دراسة هالفين Heaven ( ١٩٩٠ ) حيث أظهرت أن  
الطلاب ذوي الضغط الداخلي يتفوقون في الإنجاز الأكاديمي بالمقارنة مع الطلاب  
ذوي مصدر الضغط الخارجي .

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يتأثرون من بيئات اجتماعية محرومة أكثر  
عرضة لضعف الدافعية للإنجاز والدراسة ، كما أن عدم مراعاة المدرسة  
لاحتياجات وميول التلاميذ وعدم وجود ما يجلب اهتمام التلاميذ داخل المدرسة  
يؤدي إلى ضعف الدافعية للإنجاز والتحصيل بالمقارنة مع التلاميذ الذين يدرسون  
في مدارس تراعي حاجات وميول واهتمامات التلاميذ فيها .

### أسباب ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي :

إن لضعف الدافعية للإنجاز عند تلاميذ المدارس وخاصة في المرحلة  
الابتدائية أسباباً متعددة نذكر من ضمنها ما يلي :

#### ١ - توقعات الوالدين المرتفعة جداً والمتخططة جداً :

يرتبط دافع الإنجاز بشكل مباشر بتدريب الطفل المبكر وممارسته . فالأفراد  
الذين يوجهون إلى الدراسة يتعلمون كيف يكونون مستقلين وهم أطفال وكتلوا  
يكافئون على إنجازاتهم الدراسية من قبل والديهم . كما أن آباء الأطفال ذوي  
الحاجات القوية للإنجاز يميلون إلى الاشتراك انفعالياً في الأعمال التي يؤديها  
أولادهم والتي ترتبط بالإنجاز . ولكن قد يبالغ الآباء ويضعون معايير مرتفعة  
لإنجاز أبنائهم كلها أحرزوا تقدماً ، وقد يمارسون القسوة الشديدة ليحقق أبنائهم  
الإنجاز العالي في المدرسة مما يجعل الأبناء غير مباليين بالتحصيل المدرسي وتضعف  
دافقيتهم للإنجاز ، ويشعرهم بأنهم فاشلون وكل ما يفعلونه غير صحيح .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المرتفعة والبالغ فيها تطور لدى

الأطفال خوفاً من الفشل ويؤدي إلى الإنجاز المنخفض . كما أن دفع الطفل إلى الإنجاز العالي قد يؤدي لديه دافعاً لتجنب النجاح ، وهو دافع اجتماعي متعلم تستثيره المواقف التنافسية عندما يخشى الأفراد أن يهبط النجاح لهم نتائج سلبية . من جهة أخرى فإن توقعات الوالدين المنخفضة جداً من أبنائهم تؤدي بهم إلى الاستجابة وفقاً لذلك . والآباء في هذه الحالة لا يشجعونهم على الإعداد الكافي وبذلك الجهد لأنهم يعتقدون أنهم غير قادرين على ذلك . كما أنهم لا يشجعون عندهم الاستقلالية والاعتماد على الذات مما يجعلهم انكساريين وغير مهتمين بالإنجاز وتضعف دافعيتهم لذلك .

## ٢ - التنشئة الاجتماعية الخاطئة :

تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعها الوالدان مع أبنائهم دوراً هاماً في إكسابهم الأساليب التي تركز على الاستقلالية والاعتماد على الذات أو الانكسالية واللامبالاة في الإنجاز .

فالفكرة في المعاملة من أجل الوصول إلى الإنجاز العالي تؤدي إلى ضعف الدافعية عند الطفل كما يميل إلى الإهمال وذلك لعقاب الوالدين . كما أن شعور الطفل بأنه متبذو وأنه موضع انتقاد مستمر من قبل والديه يؤدي لديه الشعور بعدم الكفاءة مما ينعكس سلباً على تحصيله الدراسي ويضعف دافعيته نحو الإنجاز .

أما الحماية الزائدة للأطفال من قبل الوالدين فيؤدي لديهم الشعور بالضعف والانكسالية وعدم القدرة على المبادرة ويكونون غير ناضجين وضعيفي الدافعية للإنجاز .

أما إهمال الطفل أو تسيبه والذي يعمد رقابة الوالدين عنه باعتقادهم أن ذلك يعلم الطفل الاعتماد على الذات والاستقلالية فإن هذا الأسلوب من شأنه أن يؤدي عند الطفل شعوراً بالخوف وعدم الأمن وينعكس ذلك سلباً على دافعيته للإنجاز . فالأطفال هنا لا يتعلمون كيف يتصرفون بشكل مناسب في المواقف الصعبة . وغالباً ما يكون الآباء أنفسهم متسيبين أو نشلوا في بيئة متسية .

إن ما ذكرناه من أساليب خاطئة للتنشئة الاجتماعية تؤدي إلى تدني تقدير الذات عند الطفل وشعوره بعدم القيمة إذ لا حول له ولا قوة .

وتدني تقدير الذات عند الطفل يؤدي إلى اعتقاده بأنه غير قادر على التعلم والإنجاز ، ويُقلل من قدر نفسه ومن مستوى طموحه مما يضعف من دافعيته نحو الدراسة والإنجاز .

### ٣ - كثرة الخلافات داخل الأسرة :

إن كثرة الخلافات والمشكلات داخل الأسرة تؤدي إلى إضعاف رغبة الطفل في الدراسة والمدرسة، وتجعل الطفل مكتئباً حزيباً يفتقر الآمنه ويحاوله من هذه المشكلات وتؤدي إلى شعوره بعدم الأمن مما يضعف لديه الرغبة في التحصيل . وقد يلجأ بعض الأطفال إلى أساليب هروبية من هذه المشكلات باستخدام أحلام اليقظة وبعض العقاقير . . . وغير ذلك من وسائل .

### ٤ - الجو المنزلي غير المناسب :

تُعتبر سنوات المدرسة الأولى مهمة جداً في تشكيل الدافعية للإنجاز حيث تمل هذه الدافعية إلى الثبات نسبياً . ولهذا فإنه من الضروري جداً أن يتم تطوير الاهتمام بالتعلم عند التلاميذ وجعلهم أكثر تقبلاً للتغلب والتغلب والتغلب .

والمدرسون يلعبون دوراً هاماً في تنمية السلوك المرتبط بالإنجاز ، فالمدرس الجيد هو الذي يستطيع إثارة دافعية الطفل إلى أعلى درجة ممكنة ويساعد الطفل في الوصول إلى أقصى ما تسمح به قدراته . أما المدرس الذي لا يُبالي بعمله ويكون غير متحمس لعمله وغير مدرب للتغلب الكافي يؤدي إلى إضعاف الدافعية للإنجاز عند تلاميذه . ومثل هؤلاء المدرسين لا بد من إبعادهم عن العمل في مجال التعليم .

بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن للآباء أن يؤثروا تأثيراً إيجابياً في النظام التعليمي وخاصة من خلال مجالس الآباء وذلك من خلال ممارسة الضغوط الإيجابية على المدرسة لجعل التعليم أكثر إثارة وأكثر ارتباطاً بحاجات التلاميذ .

### ٥ - التأخر في النمو :

أكدت الدراسات ( شيفر وميلان ، ١٩٨٩ ) أن الأطفال الذين يسر نموهم بمعدل بطيء بالمقارنة مع أقرانهم هم أقل دافعية من أقرانهم ، أي أن توقعاتهم من أنفسهم في مجال التعلم قد تكون أقل من توقعات أقرانهم مما يعادل ستين إلى

ثلاث سنوات ، مع أنهم قد يكونون من الناحية العقلية في مستوى المتوسط .  
ويوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير ناضجين جسدياً ونفسياً واجتماعياً .

أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات ذات منشأ وراثي في التعلم فإن  
النقص العام في الدافعية للإنجاز لديهم غالباً ما يكون ناتجاً عن وظائف الجهاز  
العصبي المركزي . وهؤلاء تعوزهم المثابرة ويحبطون بسهولة وتكون نواتج  
جهودهم غير مرضية لهم وللآخرين مما يؤهل لديهم ضعف الدافعية للإنجاز .

### الوقاية والعلاج :

— أن تكون توقعات الوالدين من أبنائهم معقولة ومقبولة :

إن تفهم الوالدين وحساسيتها عامة جداً بالنسبة إلى صغار الأطفال  
خاصة . ولهذا يكون من الضروري العمل على تشجيع الطفل في عمر مبكر من  
أجل بذل الجهد الكافي ، وعلى تحمّل الإحباط لأن ذلك ينمي عند الطفل  
مفهوم ذات إيجابياً ويزيد من الدافعية للتعلم والإنجاز .

كما يجب على الآباء تجنب النقد والسخرية من الأطفال ، وتشجيع محاولات  
الطفل لفهم العالم من حوله . ولهم أن يشعر الأطفال بأن والدتهم يتقبلانهم حتى  
في الأحوال التي لا يتمكنون فيها من الأداء الناجح ، فيجب عدم ربط الجدارة  
الذاتية للطفل بالتحصيل والإنجاز .

وعلى الآباء أن يكونوا واعين متفهمين تماماً للاستعدادات الموجودة عند  
الطفل ، وأن تكون توقعاتهم معقولة من الطفل حتى لا يُصاب بالإحباط .

وعندما تكون متطلبات الوالدين ضمن حدود قدرات الطفل فإن إنجازه  
الطفل يكون مقبولاً وأكثر واقعية ، وهذا يجعل الأطفال ينظرون إلى الكبار على  
أنهم مصادر للدعم والتشجيع وليس مصادر للنقد والتجريح .

كما يجب على الآباء أن يعلموا أبناءهم كيفية تركيز الانتباه على مهمة معينة  
والمثابرة على إنجازها . وأن يتعلم الأطفال كذلك قيمة التعلم ، لأن ذلك يزيد  
من رغبتهم في التعلم عن قناعة وجدارة .

— ضرورة استخدام أسلوب المكافأة الفورية مع التلاميذ :

يتوجب على المعلمين والآباء امتداح سلوك الأطفال بشكل مباشر أو غير

مباشر وإن يكافئوه. فالنجاح في المهام المدرسية يرتبط ارتباطاً مباشراً بأهليتهم البيت والمدرسة بالإنجاز والحرص على مكافئته . فمفهوم الذات الموجب عند الطفل يتكون من خلال سلسلة الإنجازات التي يؤديها الطفل وتلقى الاستحسان من قبل الوالدين والعلين ، ولهذا فإن مكافآت الوالدين للأداء الصلي تترك أثراً واضحاً لدى التلاميذ منخفضي الدافعية ، وحتى الانتباه من قبل المعلمين والوالدين يمكن أن يكون مثبِّراً قوياً للدافعية إذا استخدم بشكل مناسب ومهدف . فاستخدام المكافآت يؤدي إلى تحسين الأداء المدرسي إلى الحد الأقصى كما أشار إلى ذلك أبيلون وكيلي ( ١٩٧٢ ) .

#### ـ مشاركة الآباء في تحسين الظروف المدرسية :

يمكن لمجالس الآباء أن تحسن من المناخ للمدرسي وتجعله أكثر جاذبية وإثارة لدافعية الإنجاز عند التلاميذ . ويكون ذلك من خلال الدعم لموازنة المدرسة من أجل تقديم المكافآت للمعلمين الجاهدين ، وتدريب المعلمين في أثناء الحصة ، وشراء الوسائل والأدوات التي من شأنها أن تزيد من فعالية التعليم وجاذبيته ، وأن يعمل الآباء أيضاً على اقتراح التعديلات على المناهج للمدرسة لتصبح أكثر إثارة . بالإضافة إلى تشجيع تنظيم المحاضرات والندوات العلمية والبرامج الخاصة والرحلات العلمية . وكل ذلك من شأنه أن يثير ويزيد من الدافعية للإنجاز عند التلاميذ .

#### ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً :

##### مفهوم التفوق العقلي ومظاهره :

يولد الفرد ولديه استعدادات فطرية معينة تشكل الأساس لقدراته العقلية مستقبلاً ، ثم تقوم البيئة بتسهيل أو إعاقة نمو هذه الاستعدادات وتحويلها إلى قدرات أو إعاقتها . وبما أن الأفراد يعيشون في بيئات متباينة ، فإن ذلك يؤدي إلى وجود أفراد لديهم قدرات مختلفة . واستناداً إلى ما يمتلكه الفرد من قدرات وتميز في هذه القدرات يمكن أن نسم هذا الشخص بدرجات مختلفة للتفوق ، فقد نقول إنه متفوق أو متفوق جداً أو عبقري ... إلخ .

فالقدرات شروط أساسية ولازمة للإنجاز المتميز تمكن الفرد من ممارسة أعماله وأداء مهامه بشكل متفوق ونجاح . ولهذا ليس غريباً ألا نجد تعريفاً محدداً

للتفوق العقلي ، حيث يرى تورانس ( Torrance ١٩٨٢ ) أن ذلك يعود إلى توسع مفهوم التفوق ووجود طرق جديدة وكثيرة لاكتشاف الكثير من أشكال التفوق عند الأشخاص . فقد عرّف مثلاً پاسو ( Passow ١٩٨٦ ) التفوق على أن القدرة على الامتياز في التحصيل . في حين أن دي هان وهفنهجهرست & Dehaan Havighurst ( ١٩٦٥ ) قد حددا مفهوم التفوق العقلي من خلال تأكيدهما على أن الأطفال المتفوقين يمتلكون قدرات عقلية وأكاديمية عامة ، ولديهم موهبة خاصة في المجالات المعقدة ، ويملكون صفات قيادية اجتماعية ، ولديهم قدرات تفوق خاصة في المجال العلمي والتقني واليدوي ، ويملكون قدرة خلق فنية ، ولديهم قدرات متنوعة بالإدراك المكاني وإدراك العلاقات .

أما حوراني ( ١٩٩٢ ، ص ١٩ ) فيعرف التفوق بأنه القدرة تساعد الفرد على القيام بإنجاز معقد ومركب في مجال أو أكثر من مجالات العمل الإنساني وذلك بشكل سهل وسريع نسبياً ، إذا ما قورن ذلك الإنجاز مع إنجاز أفراد آخرين من العمر نفسه .

وبناء على ذلك تتفق مع حوراني ( ١٩٩٢ ) فترى أن التفوق العقلي عبارة عن قدرة تساعد الفرد على التفوق والإنجاز في مجال أو أكثر ، بسهولة وسرعة إذا ما قورن مع أداء الآخرين وإنجازهم .

والشخص المتفوق غالباً ما يمتلك صفات شخصية وعقلية وانفعالية وجسدية متميزة ، ولكن لا يعني دائماً أن هذه الصفات تجعله سعيداً . فقد دلت التقارير الواردة من قبل المشتغلين مع المتفوقين عقلياً أنه توجد لديهم مشكلات خاصة لتصل بهم كأشخاص أو تتعلق بمحيطهم الثقافي والاجتماعي .

ولهذا يرى بورت ( Burt ١٩٧٥ ) أن أهم مشكلات المتفوقين عقلياً هي في الفارق الكبير بين تضج قدراتهم العقلية ، وعدم تضج مشاعرهم وعواطفهم التي تتطابق مع عمرهم الزمني ، فهم أطفال يمتلكون وعياً كبيراً ويشعرون دائماً بالعزلة .

بالإضافة إلى ذلك توجد لدى المتفوقين مشكلات تحصيلية واجتماعية وانفعالية في المدرسة ( حوراني ، ١٩٩٢ ) . ويذكر بعض علماء النفس أن نسبة كبيرة من الأطفال المتفوقين ( حوالى الثلث ) يظهر عندهم صعوبات دراسية أو لا

ينجزون الإنجاز الذي يتناسب مع قدراتهم العقلية .

وهذا يعني بأن هؤلاء المتفوقين يحتاجون إلى المساعدة والإرشاد والتوجيه لضمان حسن توافقهـم ، وإنجازهم الإنجاز الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم العقلية ، فهم جيل المستقبل المنتظر .

### أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين :

تنوع مصادر مشكلات الأطفال المتفوقين عقلياً فمما ما يكون سببه الأسرة ، ومنها تسييه للتربية ، والأخرى تنصل بذات العقل المتفوق وغير ذلك من أسباب ومسببات لهذه المشكلات . ولهذا سوف نتناول فيما يلي أهم أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين عقلياً :

#### ـ الأسباب الأسرية :

قد يتعامل الأهل العقل المتفوق عقلياً أو يتفقدان منه موقفاً سليماً ، وذلك من خلال تكليفه بمهام لا تتناسب مع قدراته ، أو تقييد تصرفاته وعدم إتاحة الفرصة له في الاعتدال على نفسه في حل المشكلات التي تواجهه .

كما يبالغ الوالدان أحياناً في توجيهه ودفع التلميذ ( الابن ) إلى التفوق والنجاح وأن يكون دائماً الأول في صفه ، مما يحتم على الطفل بذل جهود كبيرة قد تفوق قدراته وإمكاناته وتوقعه في الإحباط ، مما من شأنه أن يؤدي إلى نفوره من المدرسة ، وفشله وتقصيره المدرسي ، وقد يؤدي أيضاً إلى إصابته باضطرابات سلوكية مختلفة .

#### ـ الأسباب المدرسية :

ـ تلجأ المدرسة أحياناً إلى تقدير مستويات التفوق العقلي الخاصة أو العامة عند التلاميذ بشكل خاطيء أو متأخر ، مما يترتب عليه أحياناً إغفال وإهمال التلاميذ المتفوقين وعدم رعايتهم ، الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم باضطرابات انفعالية مختلفة ، أو قد يؤدي إلى طمس القدرات الإنجازية المتفوقة خاصة إذا ترائق ذلك مع مراحل انقطاع النمو العقلي التي يراها تورانس ( ١٩٦٤ ) ، وعائيتا ( ١٩٨٢ ) التي تقع في الأعمار ( ٥ ، ٩ ، ١٣ ، ١٧ ) وأعطرها في سن التاسعة ( انظر حوراني ١٩٩٢ ، ص ١٢٠ ، ١٢٢ ) .

— وقد يلجأ المعلم أيضاً إلى معاقبة التلميذ الذي يقع في الخطأ مما يؤدي ببعض التلاميذ المتفوقين إلى تجنب المبادرة حتى لا يتم الوقوع في الخطأ الذي يؤدي إلى العقاب وهذا من شأنه طمس الكثير من القدرات الموجودة عند التلميذ وعدم إتاحة الفرصة لهم للتفوق والتجّاح .

— كما أن اضطراب التلاميذ المتفوقين إلى الانتظار ومسايرة أقرانهم داخل الصف يؤدي بهم إلى الوقوع في مشكلات متعددة تؤدي إلى انخفاض سريع في منحنى نمو قدرات التفوق العقلي في عمر الرابعة والسابعة . كما أن التلميذ المتفوق يقدم أفكاراً أصيلة وجديدة قد لا تلقى القبول من قبل زملائه في الصف ، وقد يتخلّفون منها موقفاً سلبياً ، مما يجعل الطفل يضطر إلى مسيرة زملائه والامتثال إليهم . فقد أجرى تورانس عام ١٩٦٤ في الولايات المتحدة الأميركية دراسة شملت ٤٥ تلميذاً من بين تلاميذ الصف السابع ، والذي افترض أنهم ربما سيترهبون باكراً من المدرسة بسبب تقصيرهم الدراسي ، فوجد أن ٩٥٪ من هؤلاء التلاميذ قد أظهروا أنه لا يوجد أحد في المدرسة يأخذ بجدية الأفكار والمقترحات التي يقدمونها .

— بالإضافة إلى ذلك فإن معاقبة السلوك الاستكشافي والبحثي عند التلاميذ المتفوقين يؤدي إلى تثبيد السلوك الذي يدل على التفوق العقلي وإخفاؤه ، مما يؤدي إلى سلب شجاعة التلميذ المتفوق ، وزعزعة ثقته بنفسه .

فقد وجد تورانس ( ١٩٦٤ ) أن ٤٣٪ من التلاميذ الذين يرغبون في ترك المدرسة يتفقون من طرح أسئلة في أثناء الحصة الدراسية .

— كما أن عدم مناسبة المنهج الدراسي لهؤلاء المتفوقين يؤدي بهم إلى الملل ، وفقدان الاهتمام . أو قد تشعرهم بالخطورة والتكبر ، ورفض المدرسة نظراً لعدم وجود المهات التعليمية التي تتحدى تفكيرهم .

#### — الأسباب الثقافية :

قد تكون الأسباب الثقافية من المعوقات التي تعوق التفكير عند الأطفال المتفوقين عقلياً . فإبراز وتأكيد دور الجنس في تحديد السلوك المسموح أو الممنوع يؤدي إلى تثبيد فضول التلميذ العلمي ، ويحدّ من المعوقات الأساسية في نموه وتطوره التعليمي . ففي دراسة قام بها فوكس ( ١٩٨٧ ) على البنات المتفوقات في



مادة الرياضيات ، وجد أن معوقات النمو المدرسي لديهن داخلية وخارجية . أما المعوقات الخارجية فتتعلق بالدور الذي يقرّ به المجتمع للأثني ويتم تدعيمه من قبل الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام . وهذا الدور الذي تتهته الفتيات للمعوقات يتم تمثله ليصبح من المعوقات الداخلية الذي يعيق التحصيل المدرسي . وهذا ما يشير إلى قلة عدد الفتيات المتفوقات في الرياضيات بالمقارنة مع عدد الفتيان المتفوقين في هذه المادة .

بالإضافة إلى ذلك فهناك الاعتقاد الشائع لدى الكثير من الأوساط الطائفية بأن كل سلوك لا يتجاري السلوك العادي يُعد مرضياً وغير أخلاقي ويحتاج إلى تصحيح ، وهذا بدوره يعيق التفوق العقلي الذي يُعد انحرافاً عن السلوك العادي .

### ٣- الإجهاد والضغط النفسي المستمران عند المتفوقين عقلياً :

إن الدأب من أجل التفوق والتحصيل من خلال التصدي لشكالات تتطلب الحل هو شيء مرغوب فيه لدى المتفوق عقلياً ، مما يدعم ثقة الشخص المتفوق بنفسه ويقدراته عند وصوله إلى الحل المناسب . ولكن قد تكون المشكالات أو المهام تتطلب من المتفوق بذل جهود إضافية كبيرة ، أو قد تحتاج إلى قدرات عقلية تفوق ما لديه من قدرات مما يوقسه في الإجهاد النفسي أحياناً ، وقد يكون المجتمع سبباً في ذلك .

### الإجراءات الوقائية والعلاجية :

إن المشكالات المتصلة بسوء التكيف لدى الأبطال المتفوقين عقلياً بعضها يعود إلى الطفل ذاته وبعضها يعود إلى الأسرة ، والآخر يعود إلى المدرسة . ولهذا لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد هؤلاء جميعاً وبصورة مستمرة ، وأن يكون تقديم التوجيه والإرشاد عملية شاملة .

حيث يرى خاتينا ( ١٩٨٢ ) في التوجيه إجراءً وقائياً يهدف إلى خلق شروط وإمكانات كذلك التي تسمح باكتشاف القدرات العقلية المتميزة لدى المتفوقين عقلياً ، ويؤدي إلى تحقيق الذات والصحة النفسية لديهم ( انظر حوراني ، ١٩٩٢ ) .

أما أهم الإجراءات الوقائية والعلاجية فهي كالتالي :

## أ - الإجراءات الموجهة إلى الطفل المتفوق :

لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد إلى الطفل المتفوق لمعرفة كيفية الاستفادة من قدراته العقلية بالشكل الصحيح والمناسب ، دون أن يُصاب بالإجهاد النفسي ، وأن يوجه نشاطه في مسارات تعود عليه وحل المجتمع بالفائدة الكبيرة .

## ب - الإجراءات الموجهة إلى الأسرة :

الأطفال المتفوقون هم قبل كل شيء أطفال ويجب معاملتهم على هذا الأساس . ولهذا لا بد للوالدين في أثناء توجيهها للطفل المتفوق من أجل النجاح ، من أن يحرصا على معرفة مستوى قدراته ، وألا يكلفاه بأعمال تفوق مستوى هذه القدرات ، وأن يعلما أن النمو في جوانب الشخصية الأخرى لا يسير بالسرعة نفسها التي يسير فيها النمو العقلي . كما يجب على الأسرة أن تحسن الاستماع إلى الطفل المتفوق خاصة في مسائل تستثير فضوله العلمي ، أو جوانب اجتماعية مشكلة بالنسبة إليه .

كما يحتاج الطفل المتفوق إلى المشاركة الوجدانية من قبل الأبوين ، مما يوجب على الأسرة البحث عن الوقت الكافي للفاعل مع أبنائهم المتفوقين سواء في المنزل أو في نشاطات تنظمها الأسرة .

وعلى الأسرة أن تنظم طموح أبنائها ولعلمهم الشديد بالتفوق ، وأن تسعى ما أمكن لتنمية جوانب التفوق المختلفة لديهم وتشجيعها بالشكل المطلوب ، وأن تقلل التفوق لديهم ، وتعاملهم كأشخاص عاديين ، وليس على أساس أنهم أشخاص يمثلون فئة معينة ولديهم مواهب وقدرات خاصة . ولهذا يكون واجبا على الأسرة أن ترعى الطفل المتفوق وتحميه ما أمكن من الإحباطات والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها في حياته اليومية . وهذا يوجب على الأسرة أن تقيم علاقات مستمرة مع المدرسة للتعرف على مشكلات أبنائها للعمل على السامعة في حلها .

## ج - الإجراءات الموجهة إلى المدرسة :

والمدرسة تضطلع بدور كبير في وقاية الأطفال المتفوقين عقلياً من مشكلات سوء التكيف التي يتعرضون لها ، وذلك من خلال الكشف المبكر عن التفوق العقلي الموجود بين التلاميذ للعمل على تلافي كل ما يضعف أو يطمس قدراتهم

العقلية أو يوجهها في الاتجاه غير الصحيح . ولهذا يكون من واجب المعلم العمل على تشخيص قدرات التفوق العقلي لدى تلاميذه بشكل مبكر وصحيح . مما يفيد في اختيار الموضوعات اللازمة والمناسبة التي تتحدى تفكيرهم وقدراتهم العقلية دون أن تتجاوز المستوى الذي لا يستطيع هؤلاء الوصول إليه ويعرضهم للإجهاد .

كما يجب على المعلم احترام الأفكار والإجابات غير العادية والتي يقدمها التلميذ في أثناء حل المشكلات ، مما من شأنه أن يعزز لديهم الثقة بأنفسهم ، ويطور قدراتهم العقلية ، ويزيد من دافعيتهم للبحث والتغيب . لذا يجب على المعلم أن يتعاون مع زملائه ( خاصة إذا كان كل منهم يدرس مادة متخصصة ) لتحديد جوائز التفوق عند التلميذ بشكل دقيق ، وأن يتعاون أيضاً مع أسر التلاميذ المتفوقين من أجل التخطيط والتنفيذ الأمثل ، ولإبعاد كل ما يمكن أن يعترض طريق المتفوقين من صعوبات .



## المراجع

### أولاً: المراجع العربية :

- 1- أبو قبيل ، محمود أحمد، محدة. الصحة النفسية .. الأمراض والمشكلات النفسية والاجتماعية، 1985.
- 2- آيزنك، هـ. مشكلات علم النفس. ترجمة جابر عبيد الحميد حبيب، ويوسف محمود الشيخ . دار النهضة العربية ، 1964.
- 3- الحجار، محمد حمدي. أبحاث في علم النفس السريري والإرشاد، بيروت، دار العلم للملايين ، 1987.
- 4- الحجار، محمد حمدي. المعين في الطب النفسي. دمشق: دار طلائع، 1988.
- 5- الحجار، محمد حمدي، الطب السلوكي المعاصر. بيروت: دار العلم للملايين، 1989 .
- 6- حسين، محمد عبد المؤمن. مشكلات الطفل النفسية. دار الفكر الجامعي، 1986.
- 7- حمودة، محمود. الطب النفسي - النفس أسرارها وأعراضها - مصر الجديدة: مكتبة الفحلة، 1990.
- 8- حوراني، محمد حبيب. سيكولوجية المتفوقين وللبدعيين . دمشق: مطبعة الاتحاد، 1992.
- 9- الحصري، نجية أحمد. قياس ضبط التوافق النفسي بين طلبة الجامعة الحاصلين على الثانوية الفنية ونظر الهم الحاصلين على الثانوية العامة. جامعة القاهرة،

الجمعية المصرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر، 26-28 يناير، 1987.

10- الخليلدي، عبد المجيد سعيد. الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. صنعاء 1991.

11- عيوي، أحمد. المواقف الشائعة لدى الطلاب اليمنيين. دراسات نفسية، رابطه الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1991.

12- دافيدوف، لندال. مدخل علم النفس. ترجمة سيد الطوب وأخرون. الرياض: دار ماكجروهيل، 1983.

13- دسوقي، كمال. علم النفس ودراسة التوافق. بيروت: دار النهضة العربية، 1974.

14- ثابت، عبد الرؤوف. مفهوم الطب النفسي، القاهرة : الأهرام ، 1993.

15- الرفاعي، نعيم : الصحة النفسية- دراسة في ميكولوجية التكيف. دمشق: 1988.

16- الريماني ، سليمان. معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً - دراسة بصرية علاجية - مجلة العلوم الاجتماعية . العدد 3، أيلول، 1981، ص7-25.

17- رمزي، إسحق. مشكلات الأطفال اليومية. القاهرة : دار المعارف، 1982.

18- زهران، حامد عبد السلام. الصحة النفسية والعلاج النفسي: القاهرة: عالم الكتب، 1974.

19- زهران ، حامد عبد السلام. علم نفس النمو، القاهرة: عالم الكتب، 2000.

- 20- زهران، حامد عبد اسلام . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب، 1978.
- 21- سلطان، عماد الدين، وآخرون. بحث التأخر الدراسي في المرحلة الابتدائية. مركز البحوث الاجتماعية والجنائية، 1974.
- 22- سوين، ريتشارد، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. علم الأمراض النفسية والعقلية. الكويت: مكتبة الفلاح، 1988.
- 23- السيد، عبد الحليم محمود وآخرون . علم النفس العام. القاهرة: مكتبة غريب، 1990.
- 24- السيد الطباط، محمد. التكيف والصحة النفسية . الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1994.
- 25- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق 1994.
- 26- شيفر، شارلزا ميلمان، هولارد. ترجمة نسيمه دلاود، ونزيه حمدي. مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها: عمان : 1989.
- 27- صالح ، أحمد محمد حسن. تقدير الذات وعلاقته بالاكنتاب لدى بنة مسن للمراهقين. الكتاب السنوي في علم النفس. المجلد السادس، الأنجلو المصرية، 1989، ص104-127.
- 28- الصراف، فاسم علي. علاقة كل من تعليم الأم وعمرها وعدد الأئفسال في الأسرة بأساليب تربية الأبناء في البيئة الكويتية. مجلة جامعة الملك سعود، م3، العلوم التربوية (1)، 1991، ص 199-225.

- 29- الطيب ، محمد عبد الظاهر. العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار نهم المصنوع. طنطا: مكتبة سماح، 1985.
- 30- عبد الباسط، عبد العزيز محمود. علاقة مصدر الضبط بالاندفاع للإنجاز لدى طالبات الكليات المتوسطة بسلطنة عمان. دراسات نفسية، 2، ج4، أكتوبر، 1992، ص 549-575.
- 31- عبد الباقي ، سلوى. الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، رابطة الأحصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1992، 2، ج3، ص 437-479.
- 32- عبد الرازق، عماد. الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها أطفال وأحداث- عمان : دار الفكر، 1987.
- 33- عبد القادر، محمود. التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الكويتي ومشكلاته. رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1979.
- 34- عبد الفتاح، يوسف. بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم - دراسة مقارنة - مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 21، يناير/ فبراير، مارس 1992.
- 35- عريفج، سامي. علم النفس التطوري. عمان : دار مجدلاوي، 1987.
- 36- عكاشة، أحمد. الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأمل المصرية، 1976.
- 37- عمارة، الزين عباس. مدخل إلى الطب النفسي. بيروت: دار الثقافة، 1986.
- 38- عودة، محمد؛ مرسى، كمال إبراهيم. الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم، 1984.



- 39- العيسوي، عبد الرحمن. أمراض العصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1984.
- 40- العيسوي، عبد الرحمن. الإرشاد النفسي. الإسكندرية : دار الفكر الجامعي، 1990.
- 41- الغزي، حسين فيصل. علم نفس الطقولة والمراهقة . دمشق: مطبعة جامعة دمشق، 2000.
- 42- الفقي، حامد عبد العزيز. دراسات في سيكولوجية النمو. القاهرة: عالم الكتب، 1999.
- 43- فهمي، مصطفى. أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر، 1975.
- 44- فهمي، مصطفى : علم النفس الإكلينيكي. مكتبة مصر، 1967.
- 45- فشقوش، آء منصور، ط. دافعية الإنجاز وقياسها. القاهرة: الأنجلو المصرية، 1979.
- 46- القوصي، عبد العزيز . أسس الصحة النفسية. القاهرة: النهضة المصرية، 2000.
- 47- كامل، عبد الوهاب محمد. أسس تنظيم السلوك . ط1: المكتبة القومية الحديثة، 1980.
- 48- كامل، عبد الوهاب محمد. سيكولوجية التعلم والفروق الفردية. القاهرة: النهضة المصرية، 1993.

- 49- كفاي، علاء الدين . تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي. دراسة في عملية تقدير الذات. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 30، المجلد 9، 1989، ص 100-129.
- 50- كفاي، علاء الدين . التنشئة الوالدية والأمراض النفسية - دراسة أميريكية - كينيكية. القاهرة: هجر، 1989.
- 51- كمال، علي . النفس: أمراضها وفعاليتها . ط2، بغداد : دار واسط للنشر والتوزيع، 1983.
- 52- كولز، إيم. ترجمة الدماطي، عبد الغفار عبد الحكيم؛ وآخرون . المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي. الإسكندرية : دار المعارف الجامعية، 1992.
- 53- المليحي، عبد النعم. المليحي، حلمي. النمو النفسي، بيروت: دار النهضة العربية، 1980.
- 54- المغربي، سعد. حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق. مجلة علم النفس، العدد 23، يوليو - أغسطس - سبتمبر، 1992، ص 6-17.
- 55- محسن، خليل. الأمراض العصبية والنفسية عند الأطفال والأولاد - أسبابها وطرق علاجها. بيروت : دار الكتب العلمية، 1988.
- 56- محمد، مجدة أحمد محمود. دراسة كشفية لمشكلات الخوف والكذب لدى الأطفال. مجلة علم النفس المعاصر، المجلد الثاني، العدد الخامس، أكتوبر - ديسمبر، جامعة المنيا، كلية الآداب ، 1992.
- 57- مرسي، سيد عبد الحميد. الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: 1976.

- 58- مسن، بول؛ وجون كولنجر، وحبروم كاهان؛ ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة. الكويت. مكتبة الفلاح، 2001.
- 59- معوض، خليل ميسائل. سيكولوجية النمو - الطفولة والمراهقة. الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 1983.
- 60- منصور، طلعت؛ وآخرون: أسس علم النفس العام. القاهرة: الأجلو المصرية، 1981.
- 61- منصور، محمد جميل يوسف. التنخلف الدراسي في المرحلة الابتدائية. دراسة مسحية في البيئة السعودية، مركز البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية بمكة المكرمة، 1979.
- 62- منصور، محمد جميل يوسف. قراءات في مشكلات الطفولة. قدامة، جدة، 1981.
- 63- موسى، ر.ع. دراسة أثر بعض المحددات السلوكية على الدافعية للإنجاز. مجلة علم النفس، الحقة المصرية العامة للكتاب، 1990، 154، 60، 81.
- 64- أناني، محمد عثمان. الدنية الحديثة وتسامح الوالدين (نعت حضاري مفارن) القاهرة: دار النهضة العربية، 1984.
- 65- هرمز، صباح حنا؛ إبراهيم، يوسف حنا. علم النفس التكويني - الطفولة والمراهقة. جامعة الموصل: دار الكتب للطباعة والنشر، 1988.
- 66- ياسين، عطوف. علم النفس العيادي. بيروت: دار العلم للملايين، 1981.
- 67- ياسين، عطوف. أسس الطب النفسي الحديث. بيروت: مؤسسة بحسون الثقافية، 1988.



## ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Ackerman, N. *The Psychodynamics of the family life*. Basic- Books, ins. N.Y, 1958.
- Asbury, Charles, A. *Selected Factors influencing over- and under-achievement in young school- age children*. Review of educational research 44, 1974, pp. 409- 428.
  - Ascher, E. *Motor Syndromes of Functional or undetermined origin*. Tics, Cramps, Gillesdela Tourette's disease, and others. Ins. Avieti (ed.) *American Hand book of Psychiatry*, 2nd ed n. Vol. 3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York. :
  - Ayllos, Teodoro and Kelly, Kathy. *Effects of reinforcement on standardized test Performance*. *Journal of Applied Behavior Analysis* 5. 1972, pp. 477- 484.
  - Azriné, N. H. and Nuts , R. G. *Habit reversal: A method of,Eliminating nervous habits and tics «Behavior research and therapy»*. 1973, pp. 619- 628.
  - Barton Hall, M. *Psychiatric examination of the school child*. London: Edward Arnold, 1947.
  - Baier, H. *Einführung in die Lernbehinderten Pädagogik*. Stuttgart, 1980.
  - Bateson, G. Jackson, D. Haley, H. and Weakland, J. *A note on the Double bind*. *Family Process*, 1963, 2, 154- 171.
  - Bellman, M. *Studies on encopresis*, *Acta Paediatrica Scandinavica Supplement*. 170, 1966, p.121.
  - Berg, I. *Day Wetting in Children*. *Journal of child, Psychology and Psychiatry*, 1979, 20, P. 167- 173.
  - Bowes, M. Dysinger, R. Brodey, W. and Bazamania, B. *The Family as the unit of Study and treatment*. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1961, 31, 40- 86.
  - Bullock, J. *The Relationship between Parental perceptions of the*

Family Environment and children's perceived competence. *Child Study Journal*, 18, 1988, 17- 31.

- Brazelton, I. B. Sucking in infancy. *Pediatrics*, 1956, 17, P. 400- 404.
- Cotler, S. The effects of Positive and negative reinforcement and test Anxiety on the reading performance of male elementary school children, *genet Psychol. Monographs*, 1969, 80, 29- 50.
- Curran, D. Partridge and Story. *Psychological Medicine*. 7th (ed), Edinburgh: churchill Livingstone, 1972.
- Dann, H.D. *Agression und Leistung*. Stuttgart, 1972.
- Davis, H.V. Sears, R. R. Miller, H.C. and Brodbeck, A.J. Effects of cup, bottle and breast feeding on orate activities of newborn infants *Pediatrics*, 1948, 3, 459- 558.
- Davies, J. M. Atwo- Factor theory of schizophrenia. *Journal of Psychiatric research*, 1974, 11, 25- 30.
- Dollard, J.; Doob, L. W. Miller , N.E., Mowrer, O.H, and Sears, R. R. *Frustration and Aggression*. Yal University, Press, New Haven, 1939.
- Dominian, Jack. *Depression* william collins and co, Ltd. Glasgow, London, 1976.
- Dumas, Tean, E & Others. Behavioral correlates of Maternal Depressive symptomatology in conduct- Disorder children. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 1989 (V57, n4516- 21 Aug).
- Erikson, E. *Childhood and Society*. 2 nd. ed. New York, Norton, 1963.
- Esman, A. H. Nocturnal enuresis. *Journal of child Psychiatry*, 16, 1977, pp. 150- 158.
- Eysenck, H.J., and Rachman. *The cases and cures of Neurosis*. Routledge and Kegan Paul, London, 1965.
- Feshbach, s. The Function of aggression and regulation of the aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257- 272.
- Fox, L.H. *Die Zeiten ändern sich*. Berlin, 1987.
- Ghodsion, M. and Others. Alontudinal Study of Maternal Depression and child behavior Problems. *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied disciplines*, 1984, V25, N1 P. 91- 109, Jan.
- Göth, N. *Spielle Verhaltensstörungen bei lern und verhaltens Störungen bei Schülern*. Berlin, 1984.
- Hadfield, J. A. *Psychology and mental health*. London, Allen & Un-

win, 1950.

- Heaven, P. Attitudinal and Personality correlates of Achievement Motivation among high school Students. *Personality and individual Differences*, 1990, N11, 705-710.
- Hurlock, E. B. *Developmental Psychology*. New Delhi, 1981.
- Johnson, L. R. The status of thumb-sucking and finger sucking. *J. Amer. Dent. Ass.* 1939, 26, p. 1245- 1254.
- Johnson, S. M. et al. How deviant is the normal child ? A behavioral analysis of the preschool child and his Family. «In *Advances in Behavior therapy*. Vol. 4. Rubin, R.D. Brody, J.P., and Henderson, J. D. eds. Academic Press, New York, 1973.
- Kagan, J. Children's Perception of Parents; *J. Abnor. Social Psychology*. 1956, P. 257, 259.
- Kauffman, G. M. Characteristics of children's behavior disorders, (2nd ed.) London, Charles, E. Merrill Pub., comp., 1981.
- Klackenberg, G. Thumb-Sucking. *Frequency and etiology Pediatrics*. 1949, 4 , P. 418- 424.
- Kohn, M. *Class Conformity: A study of values*. Homewood, Ill: Dorsey, 1989.
- Kolb, L. C. *Modern Clinical Psychiatry*. 7 th ed-Philadelphia. Illustrated Saunders WB. 1968.
- Kunst, Mays. *A Study of Thumb- and Finger- Sucking in infants*. *Psych. Manager*, 1948, 3.
- Lefkowitz, Monroe. & Testing Edward. *Rejection and Depression. Prospective and Contemporaneous Analysis*. *Developmental Psychology*, 1984, V20n5 P.776- 85, Sep.
- Levy, D.M. *Maternal over protection*. New York. Columbia University Press, 1943.
- Lewis, S. J. *Thumb-Sucking. A cause of malocclusion in the deciduous teeth*. *J. Amer. Dent. Ass.* 1933, 16, 1060 - 1072.
- Lewis, S. J. *Undesirable habit\* influencing the deciduous dentition*. *J. Amer. Dent. Ass.* 1930, 17, 1060- 1072.
- Lipsett, L. A self- Concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety Scale. *Child Development*, 1958, 29, P. 463- 472.
- Maureen, J. F. & Harris, M.C. *Locus of control and Academic Achievement. A literature Review J. Personality and Social Psychology*.

gy. ,1983, V44, N2, P. 419- 427.

- Moyer, Kenneth. *News and comment Human Nature*. 1978, 1 (1), 16.
- Mullis, R. and Mullis, A. *Reports of child Behavior by Single Mothers*. *Child Study Journal*, 17, 1987, 211- 224.
- Murphy, L. *Later Outcomes of Early Infant and Mother Relationships*. In L. Stone, H. Smith, and Murphy, eds. *The Competent infant and comentary*. New York: Basic Books, 1973.
- National Institute of Mental Health. *Causes, Detection and treatment of Childhood Depression*. N. MH, Washington, D.C. 1979.
- Nelms, Barbara Crew. *A comparison of chronically ill and Non- ill school age children on Measures of Emibathy, Emotional Responsiveness, Depression Aggression, and Self Concept as Ma. Diabetes/ Millitus*, University of California, Los Angeles, 1985, 0031, Degree, Phd.
- Passow, A. H. *Hochbegabten fürderung in internationaler Perspektive*. Bonn, 1986.
- Peeke, Yarrow; Marian & Others. *Patterns and Attachment in two and three years old in normal families and families with parental Depression*. *Child Development* 1985, V56, N4, P. 884- 894.
- Rosenberg, M. *Conceiving The Self*. New York: Basic Books, 1979.
- Safran, Stephen, P. Lehman, Cynthia, J. *Suicidal behavioral in Preadolescent children. A Growing concern- B.C. Journal of Special Education*, 1987, V11, n1, p17- 22.
- Sarson, I. *The effects of anxiety and threat on the Solution of difficult task*, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 1961, 62, 63, 165- 168.
- Schuefer, C., E. *Childhood Encopresis and enuresis causes & therapy*. Van Nostand Reingoldn- New York, 1979.
- Sears, R. R.; and Wise, G. W. *Relation of cup Feeding in infancy to thumb- Sucking and the oral drive*. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1950, 20, P. 123- 138.
- Shulman, B. *Essays on Schizophrenia*. William and William, co, Baltimore, 1968.
- Spiegel; J. Bell, N. *The Family of the Psychiatric patient*. In Arieti (Ed) *American Hand book of Psychiatry*. Basic Books inc. N. Y. 1967.
- Spielberger, C. D. *Test Anxiety inventory*. Preliminary Professional manual, consulting Psychologists, Press, 1980, inc.



- Sullivan, H. S. *The Interpersonal theory of Psychiatry*. Washington, D.C. White Psychiatric foundation, 1953.
- Torrance, P. E. *Hochbegabungskonzepte*. , Hannover, 1982.
- Valentine, E.S.; Riss, and Young, W. C. Experimental and genetic factors in the organisation of sexual behavior in male guinea Pigs, *J. Comp. Physiol. Psychol.*, 1955, 48, P. 397- 403.
- White, B. and J. Watts. *Experience and Environment: Major influences on the Development of the Young child*. Engle Wood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall, 1978.
- Wolman , B. *The Families of Schizophrenics Patients*. Acta. Psychotherapy, 1970, 9.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal inhibition*. Stanford University, Press, 1958.
- Wolpe, J. *The Experimental model and treatment of the neurotic Depression*. Behavior Research and Therapy, 1979, Vol. 17, PP. 555-565.
- Yarrow, L. J. The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non nutritive sucking in childhood . *J. Genet. Psychol.*, 1954, 84, P. 149- 162.
- Yets, A. J. Tics. In : C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology. A Hand book*. John Wiley, New York. 1970. .

## الفهرس

الإهداء ..... ٥

مقدمة ..... ٧

### الفصل الأول : الأمراض النفسية عند الأطفال

مفهوم المرض النفسي ..... ١١

أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال ..... ١٣

أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال ..... ١٥

### الفصل الثاني : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

طبيعة التنشئة الوالدية ..... ٢١

مفهوم التنشئة الوالدية ..... ٢٢

أهمية التنشئة الوالدية ..... ٢٣

العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال ..... ٢٥

### الفصل الثالث : التوافق النفسي والاجتماعي

#### وأثره في شخصية الطفل

مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي ..... ٣١

أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال ..... ٣٣

أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل ..... ٣٥

التوافق وحيل الدفاع النفسي ..... ٣٥

دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال ..... ٣٨

أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي ..... ٣٩

٤١	أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي
----	-------------------------------------

## الفصل الرابع : أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

٤٧	مقدمة
٤٨	أولاً : القلق Anxiety
٥٥	ثانياً : الخوف
٦٨	ثالثاً : عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis
٧٥	رابعاً : فصام الطفولة Child hood Schizophrenia
٨٤	خامساً : الاكتئاب Depression
٩٢	سادساً : الاستجابات الهستيرية Hysterical Reaction

## الفصل الخامس : المشكلات السلوكية عند الأطفال

٩٧	طبيعة للمشكلات السلوكية عند الأطفال
٩٨	أولاً : اضطرابات النوم Sleep Disturbances
١٠٣	ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام ( التغذية ) Problems Eating
١١٠	ثالثاً : التبول اللاإرادي Enuresis
١٢١	رابعاً : التبرز اللاإرادي Soiling
١٢٥	خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy

## الفصل السادس : المشكلات النفسية

### ( النفسية - الحركية ) عند الأطفال

١٣٥	أولاً : اضطرابات الكلام
١٤٣	ثانياً : مص الأصابع Thumb Sucking
١٦٠	رابعاً : اللازمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات (Tics)
١٦٩	خامساً : النشاط الزائد Hyperactive

## الفصل السابع : مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

١٨١	مقدمة
١٨٢	أولاً : السرقة Stealing
١٨٨	ثانياً : الكذب Lying

١٩٥ .....	Disobedience	ثالثاً : التمرد أو العصيان
٢٠٠ .....	Aggression	رابعاً : العدوان
الفصل الثامن : المشكلات الدراسية عند الأطفال		
٢١٣ .....		أولاً : مشكلة التأخر الدراسي
٢٢١ .....		ثانياً : ضعف دافعية الانجاز الدراسي
٢٢٧ .....		ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً
٢٣٥ .....		المراجع



## هذا الكتاب

صدر كتب كثيرة في موضوع هذا الكتاب غير انها كانت اجتهادات وتكهنات وتحليلات اكثر منها كتب اكااديمية تهتم المدرس والدارس حسب متطلبات المناهج الجامعية الاكاديمية والكليات الوسيطة لهذا كان لزاما ان تقدم كتابا راسخا في منهجه واضحا في معلوماته. ومرجعا اكيذا لكل من يدرس او يدرس هذا المساق الهام.

الناشر



للتخصصون في الكتاب الجامعي الاكاديمي العربي

**دار زهران للنشر والتوزيع**

تلفاكس ٥٣٣١٢٨٩ من د.ب ٢١٢٤٢٧ عمان ١٢١



2001